



## Hyvinvointipalveluista saatavan hyödyn määrä ja kohde



## Hyvinvointipalveluista saatavan hyödyn määrä ja kohde



Julkaisija  
VALTIONEUVOSTON KANSLIA

KUVAILULEHTI  
15.6.2011

**Tekijät**  
Elina Pykkänen  
Seppo Sallila

**Julkaisun laji**  
Raportti

**Toimeksiantaja**  
Valtioneuvoston kanslia

**Toimielimen asettamispäivä**

**Julkaisun nimi**

Hyvinvointipalveluista saatavan hyödyn määrä ja kohde

**Tiivistelmä**

Tutkimuksessa selvitetään keskeisimpien julkisten hyvinvointipalveluiden kohdentumista eri tuloluokille. Tutkimus hyödyntää 13 kunnasta yhden vuoden ajalta kerättyä kattavaa hyvinvointipalvelujen käytön yksilötasoisista rekisteriaineistoa. Palvelujen arvottaminen perustuu valtakunnalliseen yksikkökustannushintaan. Tulosten mukaan useimmat palvelut kohdentuvat pienituloisimpia suosivasti. Erityisesti iäkkäiden terveys- ja vanhustenhuoltopalvelut kohdistuvat hyvin voimakkaasti alimpiin tulodesiileihin. Tutkimusmenetelmästä johtuen tuloerojen pienenemistä ei kuitenkaan pystytty toteamaan yleisesti käytetyillä indikaattoreilla.

**Avainsanat**

julkiset palvelut, tulonjako, rekisteriaineistot

**Sarjan nimi ja numero**

Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 10/2011

**ISSN**

**ISBN (painettu)**

**Kokonaissivumäärä**  
44

**Kieli**  
Fi

**Luottamuksellisuus**  
julkinen

**ISBN (PDF)**

**Kustantaja ja jakelu**

Valtioneuvoston kanslia  
Julkaisu PDF:nä: [www.vnk.fi/julkaisut](http://www.vnk.fi/julkaisut)  
Lisätietoja: [julkaisut@vnk.fi](mailto:julkaisut@vnk.fi)

**Taitto**

Valtioneuvoston kanslia/Politiikka-analyysiyksikkö

**Painopaikka**

Valtioneuvoston kanslia

Utgivare STATSRÅDETS KANSLI		PRESENTATIONSBLAD 15.6.2011	
Författare Elina Pykkänen Seppo Sallila		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Statsrådets kansli	
		Datum då utredningen tillsattes	
<b>Publikationens namn</b> Velfärdstjänsterna – omfattningen av och föremålen för den nytta som erhålls av tjänsterna			
<b>Sammandrag</b>  Undersökningen klarlägger hur de viktigaste offentliga välfärdstjänsterna fördelas bland inkomstdecilgrupper. Studien utnyttjar ett omfattande, individbaserat registermaterial över utnyttjandet av välfärdstjänster som samlats in under ett års tid i 13 kommuner. Värderingen av tjänsterna baserar sig på ett riksomfattande enhetskostnadspris. Enligt resultaten gynnar de flesta tjänsterna dem som har de lägsta inkomsterna. Speciellt tjänsterna inom äldreomsorgen samt hälso- och sjukvården för äldre riktas mycket starkt in på de lägsta inkomstdecilerna. På grund av undersökningsmetoden kunde man emellertid inte konstatera en minskning av inkomstskillnaderna med hjälp av allmänna indikatorer.			
<b>Nyckelord</b> offentliga tjänster, inkomstfördelning, registermaterial			
<b>Publikationsseriens namn och nummer</b> Statsrådets kanslis rapportserie 11/2011		<b>ISSN</b>	<b>ISBN (tryck)</b>
<b>Sidantal</b> 44	<b>Språk</b> Fi	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig	<b>ISBN (PDF)</b>
<b>Förläggare och distribution</b> Statsrådets kansli Publikationen som PDF: <a href="http://www.vnk.fi/julkaisut">www.vnk.fi/julkaisut</a> Ytterligare information: <a href="mailto:julkaisut@vnk.fi">julkaisut@vnk.fi</a>		<b>Layout</b> Statsrådets kansli/Enheten för politikanalys	
		<b>Tryckort</b> Statsrådets kansli	

# Sisällys

1	JOHDANTO .....	7
2	KÄSITTEELLISET JA MENETELMÄLLISET ERITYISPIIRTEET .....	9
3	TUTKIMUSAINEISTO .....	13
4	TUTKIMUSMENETELMÄ .....	15
5	KUNNALLISET HYVINVOINTIPALVELUT .....	19
5.1	Peruskoulu ja muu koulutus .....	19
5.2	Päivähoito ja vanhustenhuolto .....	24
5.3	Terveystenhuolto .....	29
6	KATSAUS AIEMPIIN TUTKIMUKSIIN .....	34
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	38
	LÄHTEET .....	41
	LIITE 1 Terveystenhuoltopalvelujen ja vanhustenhuoltopalvelujen yksilöaineiston kuvaus .....	43
	LIITE 2 .....	44





# 1 JOHDANTO

Julkiset hyvinvointipalvelut muodostavat pohjoismaisen hyvinvointivaltion keskeisimmän tunnuspiirteen. Koulutus-, sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat suomalaisten laajasti kannattamia peruspalveluja, ja kansalaiset ovat halukkaita myös rahoittamaan nämä verovaroin<sup>1</sup> (esim. Forma et al. 2007 ja EVA 2007). Hyvinvointipalvelut muodostavat lähes 70 prosenttia kuntien ja kuntayhtymien kokonaismenoista. Näiden palvelujen välityksellä jaetaan yli 30 miljardia euroa uudelleen työkäisiltä vanhuksille, terveiltä sairaille ja rikkailta köyhemmille. Koska palvelut on tarkoitettu niiden tarpeessa oleville, palvelujen oletetaan tasaavan hyvinvointieroja.

Perinteisissä tulonjakotutkimuksissa kotitalouksien taloudellista asemaa tarkastellaan pelkästään käytettävissä olevien tulojen pohjalta. Tällöin tuloiksi lasketaan kaikki kotitalouden jäsenten tuotannontekijätulot ja saadut tulonsiirrot, josta vähennetään välittömät verot ja veronluonteiset maksut. Vertailtavuuden parantamiseksi ja taloudellisten skaalaetujen huomioimiseksi kotitalouden yhteenlasketut käytettävissä olevat tulot jaetaan perheen kokoonpanon kulutuspainoilla. Yleensä tulonjakotutkimukset tehdään vielä pääsääntöisesti poikkileikkausaineistosta, jolloin tarkastellaan vain yhden vuoden aikana kertyneitä kotitalouden käytettävissä olevia tuloja.

Tämä perinteinen menetelmä ei huomioi lainkaan julkisia hyvinvointipalveluluja, jotka tasoittavat elintasoa henkilöiden välillä ja yli elinkaaren (esim. ikäsidonnaiset palvelut). Laskutavassa otetaan kylläkin huomioon suuri osa näiden palvelujen järjestämisestä aiheutuvista kustannuksista kansalaisille (välittömät verot ja jotkut käyttäjämaksut), mutta ei kuitenkaan siitä saatavaa hyötyä – toisin kuin toimeentuloturvajärjestelmän tapauksessa. Toimeentuloturvan rahoitus huomioidaan kotitalouden tuloissa välittöminä veroina ja veronluonteisina maksuina ja näistä saatu taloudellinen hyöty tulonsiirtoina. Vaikka siis hyvinvointipalvelut ovat varsin keskeinen osa hyvinvointipolitiikkaa, niistä saatavan hyödyn *määrä* ja *kohde* jäävät usein epäselviksi. Tämä johtuu ensinnäkin siitä, että palveluista saatua hyötyä on vaikea mitata, sillä palveluilla ei ole markkinahintaa, jolloin koettua hyötyvaikutusta ei voida määritellä johdonmukaisella tavalla eri henkilöiden tai eri palvelujen kesken. Toiseksi ongelmana on se, että tietoja palvelujen käytöstä yksilötasolla ei tilastoida systemaattisesti läheskään kaikkien hyvinvointipalvelujen osalta, eikä näitä tietoja aina edes koota ja koordinoita valtakunnallisesti. Ja yleensä tiedot ovat tutkijoiden ulottumattomissa tietosuojasyistä.

Perinteiset tulonjakotarkastelut antavat siten rajallisen kuvan hyvinvointipolitiikan kohdentumisesta ja resurssien jakautumisesta kotitalouksien sekä henkilöiden kesken. Tässä tutkimuksessa selvitetään hyvinvointipolitiikan kohdentumista keskeisimpien julkisten palveluiden osalta. Yksilöitävissä oleville ja yksityisesti käytetyille hyvinvointipalveluille lasketaan tuotantokustannuksen perusteella taloudellinen arvo, jolla mitataan yksilön palvelusta saamaa hyötyä (palvelusubventio). Näin saadaan käsitys siitä, kuinka hyvinvointipalvelut jakautuvat väestössä ja se, tasaako palvelujen mukaan ottaminen hyvinvointieroja Suomessa. Tietämys pääosin verovaroin kustannettujen julkisten hyvinvointipalveluiden tuottamasta hyödystä ja kohdis-

---

<sup>1</sup> Forma et. al (2007) tekemän haastattelututkimuksen mukaan kansalaiset ovat valmiita maksamaan kunnallisista palveluista. Neljä viidesosaa vastaajista olisi valmis korottamaan tuloveroja, jos rahat käytettäisiin terveydenhuoltoon. Vain neljännes vastaajista ratkaisisi kotikunnan talousongelmat leikkaamalla palveluja. Kunnallisverotuksen kiristämisen valitsisi talouden tasapainottamiseksi noin puolet vastaajista.

tumisesta lisää julkisen sektorin läpinäkyvyyttä, palvelujen arvostusta ja auttaa hyvinvointipolitiikan päätöksenteossa.

Tämä tutkimus hyödyntää 13 kunnasta yhden vuoden ajalta kerättyä kattavaa hyvinvointipalvelujen käytön yksilötasoisia rekisteriä. Yhtä yksityiskohtaista rekisteriaineistoa ei ole aiemmin Suomessa sovellettu tämän tyyppisessä tutkimuksessa. Lisäksi eri palvelujen arvottamisessa käytetään tarkkoihin laskelmiin perustuvaa valtakunnallista yksikkökustannushintaa, jolloin alueelliset erot palvelutuotannon kustannuksissa eivät vaikuta palveluista saatavaan taloudelliseen hyötyyn ja toisaalta hyöty on osoitettavissa käyttäjien kannalta yhteismitallisesti. Kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa ei yleensä ole käytettävissä näin yksityiskohtaista, laajaa ja täysin rekisteripohjaisia aineistoja, vaan usein tutkimuksissa sovelletaan makrotasoisia, luokiteltuja, haastatteluihin perustuvia tai alueellisia käyttötietoja, jolloin palvelujen tosiasiallinen käyttö, hyödyn määrä ja kohde jäävät epätarkoiksi. Tilastokeskuksen keäämään kulutustutkimukseen, joka toteutetaan harvoin (viimeisimmät ovat vuosilta 1990 ja 2006), verrattuna tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on huomattavasti suurempi (n. 350 000 henkilöä käsittävä aineisto) ja tarkkuustasoltaan parempi (kaikki palvelukäynnit).

Vaikka käyttämämme yksilötasoinen aineisto mahdollistaa palvelusubventioiden tarkan kohdennuksen ja arvottamisen, ei subvention tuottamia hyvinvoinnin lisäyksiä voida suoraan laskea henkilön käytettävissä olevaksi tuloksi, vaikka kotitalouden kulutusmahdollisuuksien voidaan katsoa kasvavan palvelujen käytöstä. Esimerkiksi yksilön saama tehostettu terveydenhoito tai muu kallis hoito tuottaa laskennallisesti niin suuren tulolisäyksen käyttäjälleen, että sen huomioiminen tulona voi nostaa henkilön ylimpään tuloluokkaan, vaikkei henkilön taloudellinen asema tai koettu hyvinvointi olisi todellisuudessa parantunut lainkaan. Toinen ongelma liittyy yksilöiden välisiin eroihin palvelutarpeessa. Jos palvelujen käyttö suhteessa tarpeeseen ei ole jakautunut oikeudenmukaisesti väestössä, ei palvelujen vaikutusta tuloerojen tasaamiseen voida luotettavasti arvioida. Tätä ongelmaa on yritetty hallita tutkimuksissa kontrolloimalla palvelutarpeiden eroja (esim. terveydentilan tai toimintakyvyn) käyttäjien välillä (mm. Aaberge et al. 2010; Häkkinen & Alha 2006). Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta ottaa huomioon tarpeissa ilmeneviä eroja, koska käyttämämme aineisto ei sisällä havaintoja palvelutarpeesta. Kolmas huomio liittyy tarkastelujaksoon. Palvelujen tuottamaa hyötyä tulisi tarkastella pidemmällä aikajaksolla kuin yhden vuoden poikkileikkausaineistolla. Useimmat palvelut tuottavat toimintakykyä ja ansaintamahdollisuuksia pitkällä aikavälillä, eli hyöty saadaan koko elinkaaren aikana. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan ollut pitkittäisaineistoa käytettävissä.

Saatujen tulosten mukaan useimmat palvelut jakautuvat pienituloisimpia suosivasti, eli jakautuvat progressiivisesti. Päivähoito- ja koulutuspalvelut tasoittavat selvästi tuloeroja väestössä. Myös terveyspalvelut tasaavat tuloeroja väestön tasolla. Erityisesti vanhuksilla terveys- ja vanhustenhuoltopalvelut kohdistuvat hyvin voimakkaasti alimmille tulodesiileille. Silti tuloerojen pienenemistä ei pystytty terveyden- ja vanhustenhuollon osalta todentamaan perinteisillä tuloeroja mittaavilla indikaattoreilla johtuen valitusta tutkimusmenetelmästä.

Seuraavassa luvussa tarkastellaan julkisten hyvinvointipalvelujen jakautumista tarkastelevien tutkimusten käyttämiä käsitteitä ja tutkimusmenetelmiä. Sen jälkeen esitellään tässä tutkimuksessa käytettävät aineistot ja sovellettava tutkimusmenetelmä. Hyvinvointipalveluista tarkastellaan päivähoito-, vanhustenhuolto-, koulutus- sekä terveydenhuoltopalveluja. Luvussa 5 tarkastellaan yksityiskohtaisesti kuhunkin tehtäväsektoriin kuuluvien palvelujen kohden-

tumista ja subvention määrää tuloluokittain. Terveys- ja vanhustenhuoltopalveluja tutkitaan myös ikäryhmittäin, sukupuolittain sekä kunnittain. Luvussa 6 verrataan tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia Suomessa aiemmin tehtyihin tutkimuksiin sekä joihinkin kansainvälisiin tutkimustuloksiin. Lopuksi luvussa 7 pohditaan tässä tutkimuksessa käytetyn menetelmän soveltuvuutta tulonjakotutkimukseen sekä tulosten tuottamaa lisätietoa julkisen sektorin järjestämien palvelujen uudelleenjakovaikutuksista.

## 2 KÄSITTEELLISET JA MENETELMÄLLISET ERITYISPIIRTEET

Tulonjakoa, pienituloisuutta ja tuloeroja tarkastellaan yleensä vain kotitalouksien käytettävissä olevien tulojen pohjalta, jolloin otetaan huomioon ainoastaan tuotannontekijätulot sekä saadut ja maksetut tulonsiirrot. Tulojen perustan muodostavat tuotannontekijätulot, jotka koostuvat palkoista, yrittäjätuloista ja pääomatuloista. Näitä tuloja korvaa tai täydentää erilaiset tulonsiirrot, kuten eläkkeet, työttömyys-, sairaus- ja vanhempainpäivärahat. Ilman näitä tulonsiirtoja tuloerot olisivat huomattavasti suuremmat. Kotitalouden käytettävissä olevat tulot määräytyvät tuloihin kohdistuvien välittömien verojen ja veroluonteisten maksujen vähentämisen jälkeen. Myös verotuksella on tuloja tasaava vaikutus. Veron jälkeiset tulot muodostavat kulutusmahdollisuuksia kuvaavat raamit, jotka kotitalouksien vertailtavuuden parantamiseksi jaetaan perheenjäsenten kulutuspainoilla<sup>2</sup>. Useamman jäsenen muodostaman perheen taloudenpidon skaalaedut huomioidaan jakamalla käytettävissä oleva tulo kotitalouteen kuuluvien henkilöiden lukumäärää pienemmällä jakajalla.

Tulonjakotarkastelu taulukossa 1 on laskettu Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineiston (vuodelta 2008) perusteella tulodesiileittäin. Kotitaloudet on järjestetty käytettävissä olevien ekvivalenttien tulojen perusteella suuruusjärjestyksessä kymmeneen tuloluokkaan. Alimmassa tuloluokassa on se kymmenesosa suomalaisista kotitalouksista, jossa tulot ovat kaikkein pienimmät, ylimmässä se, jossa tulot ovat suurimmat. Kustakin tulolajista kohdistuva tulo-osuus on merkitty kullekin desiilille sarakkeittain. Eri tulolajeista on laskettu myös keskimääräinen tulo kotitaloutta kohti (toinen sarake). Tässä tarkastelussa kotitalous kuuluu alkuperäiseen ekvivalenttien tulojen perusteella luokiteltuun tuloryhmään päivähoito- ja koulutuspalvelusubvention lisäyksen jälkeenkin, vaikka jotkut kotitaloudet saattavat tosiasiassa nousta ylempään tuloluokkaan palvelusta saadun implisiittisen tulon lisäyksen takia.

---

<sup>2</sup> Kotitalouden ekvivalentit tulot lasketaan jakamalla talouden yhteenlasketut käytettävissä olevat tulot perheen kokoonpanon mukaisilla kulutuspainoilla siten, että ensimmäinen aikuinen saa arvon 1, kaikki yli 13-vuotiaat saavat painon 0,5 ja alle 14-vuotiaat 0,3. Esim. kahden aikuisen ja kahden alle 14-vuotiaan lapsen muodostaman kotitalouden ekvivalentit tulot saadaan jakamalla kotitalouden käytettävissä olevat tulot 2,1:llä. Tämä metodi on uusi OECD:n määrittämä modifioitu asteikko.

**Taulukko 1** Tuotannontekijätulojen, sosiaaliturvan tulonsiirtojen ja välittömien verojen ja maksujen jakauma tulodesiileittäin ja vaikutus tuloeroihin Gini-kertoimella mitattuna. Lisäksi julkisten päivähoitopalvelujen ja koulutuksen (kaikki kouluasteet) palvelusubvention jakautuminen eri tulodesiileihin ja niiden vaikutus tuloeroihin.

	Keskiarvo/ kotitalous	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Gini- kerroin
Tuotannontekijätulot	37 565	1,4	3,0	4,6	6,1	7,4	8,9	10,7	12,6	15,9	29,4	45,5
Tulonsiirrot	11 245	11,4	13,0	11,7	10,2	10,0	8,9	8,2	7,9	8,6	10,2	30,7
Verot ja maksut	11 170	1,5	3,0	4,4	5,6	6,9	8,4	10,2	11,9	16,3	31,8	26,8
Päivähoito	2 481	12,9	12,2	11,7	13,0	10,0	10,6	9,5	8,4	6,5	5,2	25,9
Koulutus	2 823	18,4	11,2	11,8	9,9	11,1	9,4	8,9	7,7	6,3	5,4	23,9

Lähde: Omat laskelmat Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineistoa ja palvelujen yksikkökustannushintoja soveltaen (vuodelta 2008).

Taulukosta voi nähdä, että tuotannontekijätulot jakautuvat hyvin epätasaisesti. Ylimmän kymmenyksen markkinatulot ovat yli kaksikymmenkertaiset verrattuna alimman kymmenyksen tuloihin. Tuloeroja kuvataan Gini-kertoimella<sup>3</sup>, joka voi saada arvot 0–100. Mitä suurempi sen arvo on, sitä epätasaisemmin tulot ovat jakautuneet. Pelkkien tuotannontekijätulojen perusteella laskettu Gini-kerroin saa arvon 45,5. Sosiaaliset tulonsiirrot kaventavat tuloeroja siten, että Gini-kerroin pienenee kolmanneksella. Myös verot ja veronluonteiset maksut kaventavat tuloeroja vielä lisää, jolloin Ginikerroin pienenee 13 prosentilla.

Taulukon 1 laskelmassa ovat mukana hyvinvointipalveluista ainoastaan koulutus- ja päivähoitopalvelut. Jo yksistään näiden palvelujen jakautumisen tarkastelu antaa perinteistä tulonjakaumatarkastelua enemmän tietoa julkisen sektorin toteuttamasta uudelleenjaosta eli siitä, kuinka palvelut jakautuvat kotitalouden tulojen mukaan jaettuihin tuloryhmiin. Palveluiden sisällyttäminen tulonjakotarkasteluun tekee hyvinvointipolitiikasta läpinäkyvämmän, kun nähdään miten kansalaisilta kerätyt verot kanavoituvat palveluina väestölle takaisin. Näistä havainnoista voidaan myös tehdä uudelleenarviointia hyvinvointipolitiikan toteuttamisesta ja siitä, saavutetaanko politiikalle asetetut tavoitteet (the Canberra Group ja Atkinson et al. 2002).

Materiaaliseen hyvinvointiin ja kulutusmahdollisuuksiin vaikuttaa keskeisesti julkisen sektorin tarjoamat hyvinvointipalvelut erityisesti Pohjoismaissa, joissa palvelut ovat osa universaalia sosiaalipolitiikkaa. Julkisesti järjestetyistä hyvinvointipalveluista osa on *julkishyödykkeitä*, joita ovat yleinen hallinto, turvallisuus-, maanpuolustus ja yleinen infrastruktuuri. Osa taas on *yksityisesti kulutettuja palveluja*, joita ovat esimerkiksi koulutus-, sosiaali- ja terveyspalvelut. Vaikka myös yksityisesti kulutetut julkisen sektorin tuottamat palvelut lisäävät yhteistä hyvinvointia<sup>4</sup>, lisäävät ne ensisijaisesti palvelun käyttäjän ja hänen kotitaloutensa lyhyen ja pidemmän aikavälin hyvinvointia.

<sup>3</sup> Gini-kerroin määritellään seuraavasti  $Gini = (1 / 2n^2 \gamma) \sum \sum |y_i - y_j|$ , jossa  $\gamma = 1/n \sum y_i$ , jossa  $y_i$  on henkilön  $i$  tulo ja  $y_j$  on henkilön  $j$  tulo,  $\gamma$  on kaikkien henkilöiden tulojen keskiarvo ja  $n$  on henkilöiden lukumäärä yhteensä.

<sup>4</sup> Yksityisesti kulutetut julkiset palvelut lisäävät monesti koko yhteisön hyvinvointia. Esimerkiksi yksilöiden korkea koulutustaso edistää talouskasvua ja yksilöiden hyvä terveys lisää yhteisön terveyttä ja toimintakykyisyyttä. Näiden positiivisten ulkoisvaikutusten huomiointi kvantitatiivisissa laskelmissa on kuitenkin varsin hankalaa. Useimmiten niitä ei huomioida tutkimuksissa lainkaan. Suoniemi et al. (2003) ovat kuitenkin tutkineet julkisten palvelujen vaikutusta laajasti yhteiskunnassa.

Yksityisesti käytettyjen hyvinvointipalvelujen arvo on merkittävä, likipitäen yhtä suuri kuin kotitalouksille maksetut suorat tulonsiirrot (työeläkkeet mukaan lukien). Julkisten hyvinvointipalvelujen merkitys tulojen uudelleenjaon kannalta on siten aivan keskeinen. Kotitaloudet maksavat välittömiä veroja hyvinvointipalvelujen rahoittamiseksi ja nämä on huomioitu käytettävissä olevia tuloja tarkasteltaessa. Perinteisissä tulonjakotutkimuksissa ei kuitenkaan vastavuoroisesti huomioida verojen vastikkeena saatavien hyvinvointipalvelujen vaikutusta kotitalouksien kulutusmahdollisuuksiin. Julkisesti tarjotut hyvinvointipalvelut rahoitetaan suu- relta osin juuri verovarolla, vaikkei tosin pelkästään välittömillä veroilla. Verovaroin tuotetut palvelut pitäisi ottaa huomioon, koska muuten ne ikään kuin häviävät rahoittajiensa ulottu- mattomiin. Monilla myös veronmaksuhalukkuus on suorassa yhteydessä palvelujen tarjontaan (Andersson 2010; Rogerson 2007; Forma et al. 2007). Palvelujen jättäminen pois tulonjako- tarkasteluista asettaa kyseenalaiseksi väestöryhmien elintasovertailut, elinkaaritarkastelun mielekkyyden ja maiden välisen vertailtavuuden (mm. Garfinkel et al. 2006).

Julkisen sektorin uudelleenjakavaa roolia on kuitenkin perinteisessä tulojakaumakehikossa vaikea mitata ja määrittää kokonaisuudessaan yhtäältä kotitalouksien kesken ja toisaalta yksityistalouden ja julkisen talouden välillä. Ensinnäkin hyvinvointipalveluja ei rahoiteta pel- kästään välittömillä veroilla, vaan myös käyttäjämaksuilla sekä välillisillä veroilla (valtionosuu- det eivät välttämättä ole välittömiä veroja). Toiseksi kotitalouden tai henkilön saamaa hyötyä on vaikea arvottaa sekä kohdentaa kiistattomalla tavalla. Suuri osa yksityisestä palvelunkäy- töstä saatavasta hyödyistä koituu paitsi yksilön ja kotitalouden myös yhteiseksi hyväksi.

Hyvinvointipalvelujen arvon mittaamiseen ja niiden yhdistämiseen kotitalouden resursseihin liittyy keskeisiä menetelmällisiä ja käsitteellisiä ongelmia. Käsitteelliset ongelmat liittyvät yh- täältä palvelujen arvottamiseen ja toisaalta palvelusubvention kohdentamiseen yksittäisille henkilöille. Tutkimukseen liittyvät metodologiset ongelmat, vaikka eivät ole yhtä kiistanalaisia, puolestaan vaikuttavat keskeisesti saatuihin numeerisiin arvioihin (esim. indikaattoreihin) ja tuloksiin. Seuraavassa käydään läpi kansainvälisessä kirjallisuudessa esiin tulleita tutkimus- menetelmiin ja käsitteisiin liittyviä ongelmia mm. OECD:n (2008) kokoaman katsauksen pe- rusteella.

Eräs keskeinen käsitteellinen ongelma liittyy *rajaukseen*. Mitkä julkisesti tuotetut palvelut otetaan tarkasteluun mukaan? Joissakin tutkimuksissa on allokoitu lähes kaikki julkisen sekto- rin tuottamat palvelut kotitalouksien hyödyksi (Ruggles & O'Higgins 1981), toisissa taas mu- kaan on otettu vain sellaiset palvelut, joita kotitalouksien jäsenet ovat suoraan hyödyntäneet käyttämällä palveluja (Wolff & Zacharias 2004). Suurin osa tutkimuksista rajoittuu tarkaste- lemaan kuitenkin vain sellaisia palveluja, jotka suoraan vaikuttavat palvelun käyttäjän hyvin- vointiin (esim. Aaberge et al. 2010).

Toinen keskeinen kysymys liittyy siihen, miten *palvelujen arvo* käyttäjälle määritellään. Julkis- ten palvelujen tuottaminen ja niiden käyttö eivät yleensä toimi markkinatalouden periaattei- den mukaisesti. Palveluilla ei ole markkinahintaa, jolloin ne tutkimuksissa useimmiten arvote- taan tuotantokustannusten mukaan. Mutta silloinkin arvonmääritykseen sisältyy ongelmia. Tuotantokustannukseen sisältyy yleensä vain työvoimakustannus, mutta ei rakennuksia tai muuta materiaalista pääomaa. Toinen tapa ratkaista palvelusta saadun hyödyn arvo on mää- rittää se hinta, jonka palvelunkäyttäjä olisi ollut valmis maksamaan markkinoilla. Myöskään tämä lähestymistapa ei ole ongelmaton, sillä hintojen määrittämisessä tarvitaan paljon tietoa palvelujen kysyntään liittyvistä tekijöistä. Lisäksi julkisten hyvinvointipalvelujen ominaisuudet

eroavat merkittävällä tavalla markkinahyödykkeistä, ettei niitä voida rinnastaa tai tutkia samoilla menetelmillä. Useimmat tutkimukset käyttävät palvelujen arvonmäärittämisessä edellä mainituista ongelmista johtuen juuri niiden tuotantokustannusta (Aaberge & Langørgen 2006; Smeeding et al. 1993) silläkin uhalla, että maavertailuissa palvelutuotannon tuottavuuserot näkyvät arvottamisessa.

Kolmas kysymys liittyy menetelmään, jolla julkisten palvelujen arvo *kohdennetaan* henkilöille. Ongelmaa ei ole jos tutkijalla on käytössään yksilötasosta tietoa eri palvelujen käytöstä, mutta useimmiten yksilöityjä tietokantoja ei ole tai niitä ei voida käyttää. Tällöin palvelujen kokonaiskäyttö joudutaan kohdentamaan tietyllä johdonmukaisella tavalla yksilöille. Jotkut palvelut on helppo kohdentaa, esimerkiksi pakollisen koulutuspalvelun kohdennuksen määrittää palvelunsaajan ikä. Toisissa palveluissa yksilöinti on huomattavasti vaikeampaa. Tällöin sovelletaan usein erilaisia estimointi- ja imputointitekniikoita. Henkilöille ennustetaan palvelusubvention määrä palvelukäyttöä selittävien, henkilöä luonnehtivien ominaisuuksien avulla (ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, lasten lukumäärä ja tulot). Useimmissa tutkimuksissa samaan ikäluokkaan kuuluville henkilöille kohdennetaan yhtä suuri palvelusubventio henkilökohtaisista muista ominaisuuksista riippumatta. Tätä menetelmää kutsutaan vakuutusperiaatteeksi, koska jokaisella samaan viiteryhmään kuuluvalla yksilöllä on yhtäläinen mahdollisuus hyötyä palveluista. Tällöin hyöty jakautuu tasaisesti kaikkien tiettyyn ryhmään kuuluvien kesken, vaikka todellisessa käytössä olisikin eroja.

Neljäs ongelma liittyy siihen, katsotaanko palveluista saatava hyöty *koko kotitalouden vai ainoastaan yksilön hyödyksi*. Myös tällä valinnalla on täysin keskeinen merkitys sekä yksittäisissä tutkimuksissa että eri tutkimuksia verrattaessa. Useimmiten yksilön saama hyöty jaetaan hänen kotitalouteensa kuuluvien jäsenten kesken tasan, kuten tulonjakotutkimuksissakin. Toisissa tutkimuksissa palvelusta saatava hyöty liitetään vain yksilölle itselleen, jolloin palvelun ei katsota hyödyttävän kotitalouden muita jäseniä tai kotitaloutta kollektiivisesti. Erityyppisten palvelujen kohdalla ratkaisu voi olla erilainen, toiset palvelut painottuvat enemmän koko kotitalouden hyväksi (esim. asumispalvelut) kun taas toiset selkeästi yksilön hyväksi (esim. koulutus).

Viides tutkimuksissa esiin nouseva metodologinen ongelma liittyy uudelleenjakovaikutusten *tarkastelujakson pituuteen*. Esimerkiksi julkisesti subventoidusta koulutuksesta saatu hyöty on yleensä moninkertainen verrattuna poikkileikkausvuonna tuotantokustannuksilla mitattuun hyötyyn. Hyöty on erilainen eri koulutusaloilla ja vaikuttaa koko eliniän ajan ja siten tarkastelun tulisi ulottua kokonaisuin elinkaariin. Elinkaaritarkasteluihin liittyy kuitenkin lukuisia ongelmia aina pitkittäisaineistojen saatavuudesta lähtien ja metodologisiin ongelmiin yksilöiden elinkaarien konstruoimisessa. Toisaalta tarkastelujakson pidentäminen koko elinkaaren käsitteittäväksi on ainoa tapa selvittää, kuinka suuri osa julkisen sektorin uudelleenjaosta on henkilöiden välistä ja kuinka suuri osuus uudelleenjaosta on henkilön omalla elinkaarella yli ajan tapahtuvaa uudelleenjakoa (esim. Pettersson & Pettersson 2003 ovat tehneet Ruotsia koskevan tarkastelun).

### 3 TUTKIMUSAINEISTO

Esiopetuksen, päivähoidon ja koulutussektorin palvelujen käyttöä tarkastellaan Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineistolla, jossa palvelujen käyttöä yksilötasolla on kerätty sekä haastattelemalla että hallinnollisista rekistereistä. Terveystieteiden ja sosiaali- ja terveysministeriön vanhuspalvelujen käyttöä tutkitaan vuodelta 2006 kerätyn laajan yksilötasoisesta rekisteriaineiston pohjalta. Aineisto on koottu Stakesin (nyk. THL) Terveystieteiden yksikössä (CHESS) muokatun hoitoilmoitusaineiston pohjalta. Yhtä kattavaa, laajaa ja tarkasti eriteltyä aineistoa palvelujen käytöstä ei ole aikaisemmin käytetty tämän tyyppisessä tutkimuksessa Suomessa. Aineisto on kerätty 13 erityyppisestä ja eri osissa maata sijaitsevista kunnista, jossa lähes kaikki asukkaiden terveydenhuollon sekä sosiaali- ja terveysministeriön vanhuspalvelujen käyttö on rekisteröity yhden vuoden ajalta. Seuraavassa kuvataan yksityiskohtaisemmin tutkimuksessa käytettävää aineistoa ja sovellettavaa metodologiaa hyvinvointipalvelujen arvioimiseksi ja kohdentamiseksi.

#### **Päivähoiton, esiopetuksen ja koulutuspalveluiden aineisto**

Päivähoitopalvelujen, esiopetuksen sekä koulutuspalveluiden käyttöä ja näiden palvelujen tuottaman julkisen subvention kohdentumista tutkitaan vuoden 2008 tulonjakotilaston palveluaineistolla (Tilastokeskus 2010). Tämä on tuorein saatavilla oleva aineisto, joka tuotetaan vuosittain mikrosimulointimallien pohjalta-aineistoksi. Palveluaineistossa on mukana noin 10 000 kotitaloutta, joissa asuu noin 26 500 henkilöä. Aineiston etuna hallinnollisiin rekistereihin verrattuna on se, että kotitalouksien kokoonpano vastaa paremmin taloudellisessakin mielessä perheen käsitettä ja lisäksi se, että asumisolosuhteita kuvaavat muuttujat ovat tarkempia. Osa keskeisimmistä tulotiedoista ja perheen kokoonpanosta on mahdollista saada vain haastattelujen avulla. Esimerkiksi perhesuhteet sekä asumismuoto ja asumiseen liittyvät eriteltyt kustannukset saadaan kerättyä vain haastattelujen avulla. Muutoin rekisterit antavat täsmällisempiä tietoja esim. veronalaisista ansio- ja pääomatuloista ja maksetuista veroista ja maksuista.

Tulonjaon palveluaineisto sisältää kaikki tulokomponentit, joiden perusteella muodostetaan käytettävissä oleva tulo. Tulot on eritelty yksityiskohtaisesti. Ne sisältävät esim. kaikki henkilöverotuksen tiedot sekä tietoja Kansaneläkelaitoksen maksamista etuuksista. Aineistossa on tietoa myös veloista, asumisesta, asumismenoista, päivähoitomaksuista, maksuvaikeuksista ja muista kotitalouksien toimeentuloon vaikuttavista asioista. Myös tiedot työttömyysturvasta sekä työssäkäynnistä on aineistossa mukana. Lisäksi aineisto sisältää tiedot päivähoitopalvelujen käytöstä ja muista Kelan etuuksista.

Palvelusubvention rahamääräisen arvon määrittämisessä käytetään palvelun keskimääräisen tuotantokustannuksen arvoa käyttäjää kohden vuonna 2008. Taulukossa 2 on Tilastokeskuksen kokoamat kuntien käyttömenojen perusteella lasketut lasten päivähoitopalvelujen sekä koulutuksen tuotantokustannushinnat eri koulutusasteilla oppilasta kohden.

**Taulukko 2** Kunnallisen päiväkotihoidon, esiopetuksen ja oppilaitosten käyttömenot lasta/oppilasta kohden koulutussektorin mukaan vuosina 1995–2008.

Koulutussektori	Vuosi						Muutos 2007– 2008
	1995	2000	2005	2006	2007	2008	
	euroa	euroa	euroa	euroa	euroa	euroa	
Kunnallinen päivähoito				9 100	9 200	10 200	10,5
Esiopetus	..	3 200	4 700	4 700	5 000	5 200	4,3
Perusopetus <sup>1)</sup>	4 000	4 600	5 900	6 200	6 500	7 000	7,7
Lukiokoulutus <sup>1)</sup>	3 200	3 600	4 500	4 700	4 900	5 200	5,8
Ammatillinen koulutus <sup>2)</sup>	6 600	7 000	8 400	8 800	9 000	9 700	7,5
Ammattikorkeakoulukoulutus <sup>3)</sup>	..	4 900	5 600	6 100	6 200	6 600	6,3
Yliopistokoulutus ja -tutkimus <sup>4)</sup>	7 200	8 800	9 500	9 800	10 200	11 300	10,5
<b>Yhteensä<sup>5)</sup></b>	<b>4 800</b>	<b>5 300</b>	<b>6 500</b>	<b>6 800</b>	<b>7 100</b>	<b>7 600</b>	<b>7,8</b>

- 1) Menoihin on lisätty laskennallisesti kuntien opetushenkilökunnan työnantajan eläkevakuutusmaksut vuosina 1995–2000. Vuosina 2000–2008 sisältää myös kansanopistojen järjestämän perusopetuksen ja lukiokoulutuksen.
- 2) Ei sisällä pieniä hankkeita.
- 3) Opiskelijakohtaisten menojen laskennassa poissaoleviksi ilmoittautuneet uudet opiskelijat eivät sisälly ammattikorkeakoulukoulutuksen opiskelijamääriin. Ei sisällä pieniä hankkeita.
- 4) Sisältää yliopistojen ulkopuolisen tutkimusrahoituksen. Sisältää valtion kiinteistölaitoksen vuokrat vain osalta kustannusvuotta 1995.
- 5) Kunnallinen päivähoito ei ole keskiarvossa mukana.

Lähde: Tilastokeskus 2010.

## Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen aineisto

Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamaa tulolisää tarkastellaan yksilötasoisella aineistolla, joka sisältää lähes koko laajuudessaan terveyden- ja vanhustenhuoltopalvelujen käyttötiedot tietyistä kunnista yhden vuoden ajalta. Vaikka aineisto on hyvin yksityiskohtainen ja kattava, se ei kuitenkaan sisällä tietoja työterveyshuoltopalvelujen käytöstä. Toisaalta työterveyshuollon osuus kokonaismenoista on ainoastaan neljä prosenttia, joten katveeseen jää vain pieni osa palvelusubventiosta ja pääosin nämä palvelut ovat pikemminkin terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä toimintoja kuin sairaanhoitoa. Aineistossa on edustava otos erityyppisistä kunnista eri puolilta Suomea.<sup>5</sup> Näistä kunnista on kerätty yksilökohtaista tietoa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon avopalvelujen käytöstä vuodelta 2006. Aineistoa on täydennetty samalta vuodelta ja samoista kunnista kerätyillä tiedoilla laitoshoidosta, asumispalveluista ja erikoissairaanhoidosta. Nämä tiedot on koottu Stakesin rekistereistä. Julkisen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen lisäksi aineistossa on henkilötasoisia tietoa yksityisen terveydenhuollon ja lääkkeiden kustannuksista. Nämä tiedot on puolestaan saatu Kelan ylläpitämistä sairausvakuutuksen rekistereistä. Palvelutietoja on lisäksi täydennetty Työssäkäyntitilastosta saaduilla taustatiedoilla (Tilastokeskus), jotka koskevat kotitalouksien kokoonpanoa (asuntokunnat), kulutusyksiköiden määrää, lasten lukumäärää, työmarkkina-asemaa, koulutusta, tuloja ja asumismuotoa.

Tilastokeskus suoritti em. kuntien asukkaista otannan vuoden 2005 viimeisen päivän väestökehikon mukaisella otannalla. Koko aineistosta tehtiin kaksi otantaa, joista toinen otos käsitti alle 65-vuotiaat (N = 265 468) ja toinen tätä vanhemmat ikäryhmät (N = 80 864). Molemmista aineistoista on poistettu ne henkilöt, joiden asumismuoto oli tuntematon tai jotka eivät olleet kunnan vakinaisia asukkaita. Kuitenkin koko vuoden laitoshoidossa olleet yli 65-vuotiaat

<sup>5</sup> Helsinki, Espoo, Vantaa, Oulu, Pori, Kuopio, Jyväskylä, Joensuu, Kuusamo, Kotka, Raisio, Suomussalmi ja Kemijärvi.



sisällytettiin aineistoon. Aineistosta on poistettu kaikki vuoden 2006 aikana kuolleet henkilöt. Aineiston tärkeimmät muuttajat ja niiden arvot on nähtävissä liitteen 1 taulukoissa 1-2.

Palvelujen käyttö aineistossa on laskettu päiväkohtaisesti koko vuoden ajalta. Eri palvelut on muutettu kustannuksiksi valtakunnallisten keskimääraisten yksikkökustannusten mukaisesti. Yksikkökustannusten perusteellisempi määrittäminen on raportoitu Hujasen ym. tutkimuksessa (2008). Koska jokaista eri palvelumuotoa vastaa tietty yksikkökustannus, palvelujen määrää ja kohdistumista voidaan arvioida yhteismitallisesti koko maassa. Myöskään kuntien väliset palvelutuotannon tuottavuuserot eivät tällöin vaikuta saadun palvelusubvention määrään eri kuntien tai palveluyksiköiden välillä.

Koska aineisto on laaja ja kuvaa kattavasti erityyppisten kuntien asukkaiden saamaa palvelua, voidaan palvelusubventio vanhustenhuollon ja terveydenhuollon osalta esittää eriteltynä eri ikäryhmiin, tuloluokkiin, sukupuolten mukaan sekä kuntatyypeittäin. Kuntakohtainen erittely ei ole mahdollista koulutuspalvelujen osalta, koska kuntatietoja ei ole.

Taulukossa 3 näkyy terveyden-, vanhusten- ja yksityisen terveydenhuollon palvelusubvention jakautuminen eri ikäryhmille. Keskimääräinen palvelusubventio ikäryhmään kuuluvaa henkilöä kohti on yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä moninkertainen nuorempiin ikäryhmiin verrattuna. Palveluiden käyttäjinä vanhukset ja lapset ovat myös kaikkein ahkerimpia. Yli 90 prosenttia kumpaankin ikäryhmään kuuluvista henkilöistä on vuoden 2006 aikana käyttänyt palveluja, kun työikäisillä ja nuorilla vastaava osuus on reilut 60 prosenttia. Lasten käyttämät palvelut ovat kuitenkin kustannuksiltaan paljon kevyempiä kuin vanhusten ja ne jakautuvat hyvin tasaisesti ikäryhmän sisällä.

**Taulukko 3** Terveyden-, vanhusten- sekä yksityisen terveydenhuollon ja lääkekorvausten kohdistuminen eri ikäryhmille rahamääräisenä bruttosubventiona palvelujen tuotantokustannuksilla mitattuna.

Palvelut	0-17 -vuotiaat	18-24 -vuotiaat	25-64 -vuotiaat	65- -vuotiaat
Terveydenhuoltopalvelut, €	773	679	973	3 449
Vanhustenhuoltopalvelut, €			28	2 559
Yksityinen terveydenhuolto + lääkkeet, €	131	159	450	973
Yhteensä (euroa)	905	837	1 451	6 980

Lähde: Stakes, Tilastokeskus ja Kela.

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Yksityisesti kulutetut julkiset palvelut voidaan arvostaa käyttäjilleen monella eri tavalla. Kansainvälisissä tutkimuksissa ei ole päädytty soveltamaan vain yhtä metodologiaa, johtuen siitä, että usein saatavilla oleva aineisto määrää sovellettavan laskentamenetelmän. Tutkijoiden käytettävissä olevat aineistot sekä hyvinvointipalvelujen sisältö ovat eri maissa erilaisia, joten täysin yhtenäistä lähtökohtaa ei edes voi olla. Toisaalta yleisesti hyväksyttyjä kriteerejä sovelletaan tutkimusmenetelmien valinnassa (Expert Group on Household Income Statistics 2001). Yleensä tutkimuksissa lähdetään siitä, että yksilöpohjaiset havainnot pyritään hyödyntämään mahdollisimman tarkasti.

Hyvinvointipalveluista saatava taloudellinen hyvinvoinnin lisä on käyttäjälle koitunut rahamääräinen hyöty. Vaikka palvelut eivät suoraan tuota kotitalouden tai yksilön budjettiin lisäresursseja, katsotaan saadun palvelun kuitenkin lisäävän taloudellista liikkumavaraa, koska palvelua ei ole tarvinnut ainakaan kokonaan kustantaa käytettävissä olevista tuloista. Kiistanalaista (myös kansainvälisissä tutkimusjatkaisissa) on kuitenkin se, kuinka palveluista saatava hyöty arvotetaan rahamääräisenä hyötynä käytettävissä olevien tulojen lisäyksenä. Palveluista saatava hyöty tai etuus ei ole suoraan johdettavissa tuotantokustannuksista kuin julkisen talouden näkökulmasta. Kotitalouksissa ne saatetaan arvottaa eri tavalla. Subventio ei siten vastaa yksilön omaa arvostusta palvelun arvosta eli hänen palvelusta maksamaansa hypoteettista hintaa. Koska julkisilla palveluilla ei ole markkinahintaa, ei palvelujen käyttäjien taloudellista arvostusta voi havaita. Toisinaan palvelulle annettu rahamääräinen arvo voi olla suurempi kuin käyttäjän kokemaa hyödyn lisäys ja toisinaan taas pienempi. Tässä tutkimuksessa julkisista hyvinvointipalveluista saatava hyöty johdetaan yksittäisen palvelun valtakunnallisesti keskimääräisestä tuotantokustannuksesta ilman pääomakustannuksia. Palvelun tuotantokustannus vaihtelee palvelun tuottajien välillä, mutta sillä ei tässä tutkimuksessa ole merkitystä, koska lähtökohtana on palveluja saavan henkilön hyöty ja sen aikaansaama tulolisäys. Vaikka palveluista saatavaa hyötyä ei voi yhdenvertaistaa käteiseen tuloon, hyötyjen arvottaminen yhteismitallisesti tuottaa kuitenkin vertailukelpoisen suureen, jonka perusteella hyvinvointiresurssien kohdentumista ja jakautumista voidaan tarkastella.

Julkisista hyvinvointipalveluista saatava hyöty määräytyy siis suoraan nimenomaisen palvelun tuotantokustannuksista, lähinnä työvoimakustannuksista. Henkilöiden ekvivalenttiin tuloon lisätään kaikista vuoden aikana kertyneistä koulutus-, terveyden- ja sosiaalihuoltoon kuuluvista palveluista koituva euromääräinen julkinen palvelusubventio eriteltynä. Taloudellinen arvo, jonka yksilö hyötyy julkisena subventiona, pitäisi olla tällöin nettomääräinen, eli subventiosta olisi vähennetty mahdolliset käyttäjämaksut. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, koska kaikista maksuista ei ole tietoa saatavilla. Erityisesti sosiaalipalvelujen käyttäjämaksut riippuvat paitsi saadun palvelun määrästä ja intensiteetistä myös kotitalouden koosta ja tuloista. Tällöin julkisen palvelun tuottama nettohyöty ei edelleenkään olisi täysin vertailukelpoinen eri henkilöiden välillä. Pienillä tuloilla saman palvelun nettosubventio olisi absoluuttisesti suurempi kuin suurilla tuloilla. Päivähoitomaksuista on kuitenkin haastatteluun perustuva tieto, mutta hyöty lasketaan myös tässä tapauksessa bruttomääräisenä. Koulutuspalveluiden osalta hyödyn arvottaminen bruttomääräisenä on tässä suhteessa ongelmaton, koska palvelut ovat käyttäjilleen maksuttomia, eikä siten aiheuta ongelmaa vertailtavuuteen. Ongelmaksi koulutuspalveluissa sen sijaan muodostuu se, mitkä ansaintamahdollisuudet kukin koulutusohjelma tuottaa tulevaisuudessa, mutta tässä tutkimuksessa tarkastellaan uudelleenjakoa vain poikkileikkaustarkasteluna. Koulutuspalveluiden yksittäisiä koulutussuuntia koskevien tuotantokustannusten eroa ei ole eritelty tässä tutkimuksessa, koska poikkileikkaustarkastelussa niiden merkitys on joka tapauksessa vähäinen. (Lindqvist 2009 on määritellyt eri koulutussuuntien kustannuksia tutkimuksessaan). Terveystieteidenhuollossa taas maksut ovat tietystä palvelusta kaikille samat<sup>6</sup>. Tällöin euromääräinen bruttosubventio tietystä palvelusta on sama kaikille, kuten nettosubventiokin, joten vertailtavuus säilyy. Terveystieteidenhuollon asiakasmaksut tosin saattavat ohjata joitakin käyttäjiä pois terveystieteidenhuollon palveluista, mutta silloin palvelusta ei tosiasiallisesti koidukaan hyötyä. Palvelutarvetta (esim. havainto terveydentilasta) tai palvelutarpeen mukaista palvelujen käyttöä ei pystytä tällä aineistolla tarkastelemaan.

<sup>6</sup> Enimmäismaksuista säädetään laissa. Terveystieteidenhuollossa sovellettava maksukatto suojaa liian korkeilta kustannuksilta. Myös lääkekustannuksille on säädetty tietty vuosittainen yläraja, jonka yli menevältä osalta lääkkeet korvataan kokonaisuudessaan.

Tässä tutkimuksessa bruttomääräinen palvelusubventio kohdistetaan henkilökohtaiseksi tuloksi. Yksilötasolla määritetty kokonaistulo lasketaan kotitalouden kokoon suhteutetun käytävissä olevan ekvivalentin tulon ja yksilön saaman *luontoismuotoisen sosiaalisen tulonsiirron*<sup>7</sup> (hyvinvointipalveluista saadun edun) summana. Käytävissä olevat rahatulot heijastavat kotitalouden jäsenten kulutusmahdollisuuksia, kun taas hyvinvointipalveluista saatavan hyödyn ei katsota olevan perherakenteesta riippuvainen, vaan se on henkilökohtainen etuus (esim. koulutuksesta saatu hyöty). Käyttämämme julkisten palvelusubventioiden hyödyn kohdistamisen menetelmä on laajasti käytössä myös kansainvälisessä tutkimuksessa (esim. Smeeding et al. 2003; OECD 2008). Tosin tämääkin menetelmä ei ole kiistaton. Monet tutkijat katsovat yksilön saaman palvelusubvention koskevan koko perheen hyvinvointia ja lukevat siten perheenjäsenten saamat subventiot koko kotitalouden tuloksi.

Lindqvist (2009) soveltaa kahta eri menetelmää laskiessaan hyvinvointipalvelujen tuottamaa rahamääräistä etua vuoden 2006 Kulutustutkimusaineistolla (Tilastokeskus 2008). Ensimmäisessä *kotitaloustasolla* kotitalouden jäsenten palvelusta saatu taloudellinen hyöty lisätään kotitalouden ekvivalentin käytävissä olevan tulon päälle. Toisessa *yksilötasolla* kotitalouteen kuuluvien henkilöiden saamat palvelusubventiot samoin kuin kaikki muut tuloerät lasketaan ensin yhteen ja vasta sen jälkeen jaetaan kotitalouden kulutuspainolla, jolloin jokainen jäsen saa saman ekvivalentin tulon. Edellisellä menetelmällä laskettuna kotitalouksien keskimääräinen palvelusubventio oli runsaat 6 140 euroa. Jälkimmäisellä menetelmällä palvelusubventio kotitalouden kulutusyksikköä kohti oli runsaat 4 450 euroa. Kolmas menetelmä on näiden kombinaatio, jossa lasketaan henkilön saama palvelusubventio hänen kotitalouden tasolla laskettujen ekvivalenssitulojen päälle. Tätä viimeksi mainittua menetelmää sovelletaan tässä tutkimuksessa, koska se on havainnollinen ja se soveltuu parhaiten käytettyyn aineistoon<sup>8</sup>. Henkilöt luokitellaan ekvivalenttien käytävissä olevien tulojen mukaisiin tulodesiileihin. Hyvinvointipalveluiden tuottama hyöty kohdentuu täysimääräisenä vain henkilöille, jotka palveluja käyttävät.

Vain ne palvelut, joiden käyttö on yksilöitävissä ja joista tietoa on saatavilla, otetaan huomioon. Tosin sanoen kollektiivisia julkishyödykkeitä, jotka koituvat kaikkien kansalaisten hyväksi ei huomioida (esim. puolustus, oikeuslaitos, poliisi ja kulttuuri). Vaikka kiistatta myös julkis- palvelut lisäävät hyvinvointia ja tuottavat positiivisia ulkoisvaikutuksia, katsotaan niiden jakautuvan tasaisesti väestöön. Lähtökohtaisesti niillä ei edes pyritä tasaamaan tuloeroja (vaikka esim. kirjasto- tai kulttuuripalveluja saatetaan käyttää eri tavoin eri tuloluokissa). Myös tietyt sosiaalipalvelut on jätetty tarkastelun ulkopuolelle palvelun käyttöä koskevien aineistojen puuttuessa (esim. vammaisten avopalvelut, sosiaalityö ja lastensuojelu).

Palvelujen vaikutusta tulonjakoon tarkastellaan vakiintuneiden tuloerojen mittaamiseen käytettyjen tunnuslukujen avulla. *Gini-kerroin* on yleisesti käytetty eriarvoisuusmittari, jota virallinen tilastointi käyttää useimmissa maissa tulonjaon kehityksen kuvaamiseen. Tulojen vertailu perustuu suhteellisiin eroihin. Gini-kerroin lasketaan siten, että ekvivalentit tulot jaetaan ensin väestökeskiarvolla ja Gini-kerroin saadaan keskiarvoon suhteutettujen tulovertailujen keskiarvona (ks. myös luku 2, jossa esitetään laskukaava). Toinen yleisesti käytetty tuloeromittari on ylimmän ja alimman tuloviidenneksen kvintiilisuhde (Q5 / Q1). Tämän tunnusluvun

<sup>7</sup> Kansantalouden tilinpidon terminologian mukaan yksilöllisiä julkisia palveluja, kuten koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelut, kutsutaan luontoismuotoisiksi sosiaalisiksi tulonsiirroiksi (Lindqvist 2009)

<sup>8</sup> Terveys- ja vanhustenhuollon aineisto ei sisällä kotitalouden jäseniä, ainoastaan otoshenkilön. Palveluaineistoa soveltava tutkimus tehdään johdonmukaisuuden vuoksi samalla menetelmällä.

laskemiseksi henkilöt (tai kotitaloudet) on järjestetty ekvivalenssitulon mukaiseen suuruusjärjestykseen, jonka jälkeen lasketaan ylimmän ja alimman viidenneksen tulo-osuuksien suhde. Esimerkiksi taulukon 4 (tiedot samat kuin taulukossa 1) käytettävissä olevien tulojen *kvintiilisuhde* on 2,2 (kolmas rivi). Se tarkoittaa sitä, että ylimpään tuloviidennekseen kuuluvien tulot ovat 2,2 kertaa suuremmat kuin alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien tulot. Kun päivähoito- ja koulutuspalvelut lasketaan tulolisänä kotitalouksille, laskee kvintiilisuhde 2,1:een. Kolmas tässä tutkimuksessa käytetty tuloerojen mittari on *pienituloisuus*. Pienituloisiksi määritellään ne henkilöt (tai kotitaloudet), joiden kulutusyksikköä kohti lasketut käytettävissä olevat tulot ovat alle 60 prosenttia mediaanitulosta<sup>9</sup>. Se mittaa kaikkien pienituloisimpien asemaa suhteessa keskivertotulonsaajaan (mediaanituloon) – ei keskiarvotuloon kuten Gini-kertoimen laskennassa. Taulukossa 4 esitetään tutkimuksessa käytetyt eri tuloeroindikaattorit jatkaen taulukossa 1 esitettyä analyysiä tulonjaosta kotitalouksilla.

**Taulukko 4** Kotitalouden kulutuspainoilla suhteutetut kotitalouskohtaiset tuloerät ja kotitalouksilla lasketut tuloerot tulolajeittain. Lisäksi julkisen päivähoito- ja esiopetuksen sekä muun koulutuksen tulovaikutus ja vaikutus tuloeroindikaattoreihin.

Kumuloituvaa tulo / kotitalouden kulutuspainolla	Keski-arvotulo	Gini-kerroin	Pienituloisuus	Q5 / Q1	N
*Kotitalouden tuotannontekijätulot	23 776	45,5	38,4	10,5	2 508 434
+Saadut tulonsiirrot	31 994	30,7	19,4	2,5	2 508 434
-Maksetut tulonsiirrot	24 807	26,8	15,1	2,2	2 508 434
+päivähoito ja esiopetus	25 590	25,9	15,4	2,2	2 508 434
+perusk., lukio, ammatti- ja korkeak.	27 154	23,9	14,8	2,1	2 508 434
Yhteensä=Kot+päivähoito+koulutus	27 154	23,9	14,8	2,1	2 508 434

Lähde: Omat laskelmat Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineistoa ja palvelujen yksikkökustannushintoja soveltaen (vuodelta 2008).

Tulonsiirtojen ja palvelujen uudelleenjakava vaikutus riippuu yhtäältä tulolajin painoarvosta ja toisaalta sen jakautumisesta suhteessa kokonaistuloon. Yksittäisten tulolajien vaikutusta tuloerojen muodostumiseen tarkastellaan dekomponoimalla kokonaistulo tulolajeihinsa. *Konsentraatioindeksillä* (keskittymisindeksi) mitataan yhden tulolajin jakautumista, kun muiden tulolajien jakauma on selvillä. Indeksillä voi saada arvot -1 ja 1 väliltä. Negatiivinen indeksi tarkoittaa sitä, että tulolaji vaikuttaa tuloeroja tasoittavasti. Tällöin tulolajin tulot keskittyvät suhteellisesti enemmän matalatuloisimmille kotitalouksille. Positiivinen indeksi puolestaan merkitsee sitä, että tulolaji kohdentuu suhteellisesti enemmän suurituloisille ja siten lisää tuloeroja. Kun tulolajin konsentraatioindeksi kerrotaan tulolajin painoarvolla, saadaan tulolajin kontribuutio kokonaistulon Gini-kertoimen arvoon. Ne tulolajit, joiden konsentraatioindeksi on Gini-kerrointa pienempi, ovat luonteeltaan *progressiivisia* ja kaventavat tuloeroja. Ne tulolajit, joiden indeksi on Gini-kerrointa suurempi, luokitellaan *regressiivisiksi* eli tuloeroja kasvattavaksi.

Tässä tutkimuksessa täydellistä dekomponointia palvelujen suhteen ei voida tehdä, koska koulutuspalveluja ja terveyden- ja vanhushuoltopalveluja tarkastellaan eri aineistoilla, jotka ovat lisäksi vielä eri vuosilta. Eri palvelukokonaisuuksien suhteen tarkastelu tehdään kummallakin aineistoilla erikseen.

<sup>9</sup> Pienituloisuusraja vuonna 2008 yksinasuvalla aikuisella oli 13 760 euroa. Tilastokeskuksen tulonjakotilaston mukaan pienituloisuusrajan alittaneita henkilöitä oli 696 100.

## 5 KUNNALLISET HYVINVOINTIPALVELUT

Jos yksityisesti kulutetut julkiset hyvinvointipalvelut laskettaisiin kotitalouksien tuloiksi, lisäisi näiden palvelujen arvo kotitalouksien käytettävissä olevia tuloja runsaalla kolmanneksella (Lindqvist 2009). Suomalaisilla on kattavat ja universaalit hyvinvointipalvelut, jotka ovat kaikkien kansalaisten käytössä tuloista riippumatta. Palvelujen osuus kansantuotteesta on kuitenkin pienempi kuin muissa Pohjoismaissa.

Suomalaiset kotitaloudet hyötyivät keskimäärin runsaat 6 200 euroa yhteiskunnan tarjoamien hyvinvointipalvelujen käytöstä vuonna 2006 (Tilastokeskus 2008). Näihin hyvinvointipalveluihin kuuluvat koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelut. Koulutuspalvelut ovat arvoltaan merkittävin osa hyvinvointipalveluja, niiden osuus kaikkien palveluiden arvosta on lähes puolet. Koulutuspalvelujen suurempaa osuutta muihin maihin verrattuna selittää se, ettei meillä ole luku-kausimaksuja ja perustasolla myös kouluruoka on maksuton ja ylemmillä koulutusasteilla subventoitu. Julkisten terveyspalvelujen osuus on 40 prosenttia kaikista hyvinvointipalveluista saatavasta etuudesta. Sosiaalipalvelujen osuus on vajaat 13 prosenttia. Sosiaalipalveluissa lasten päivähoitopalvelut ja vanhusten erilaiset kodinhoitopalvelut ovat merkittävimmät yksittäiset palvelut.

Pääosan hyvinvointipalveluista tuottavat Suomessa kunnat. Seuraavassa tarkastellaan keskeisimpien kunnallisten hyvinvointipalvelujen jakautumista eri tuloluokkiin. Luvussa 5.1 käsitellään koulutuspalvelujen jakautumista. Luku 5.2 tarkastelee sosiaalipalveluista lasten päivähoidon ja vanhustenhuollon jakautumista. Luku 5.3 tarkastelee terveydenhuollon palvelujen kohdentumista eri tuloryhmiin, eri ikäryhmiin, sukupuolten välillä ja alueellisesti.

### 5.1 Peruskoulu ja muu koulutus

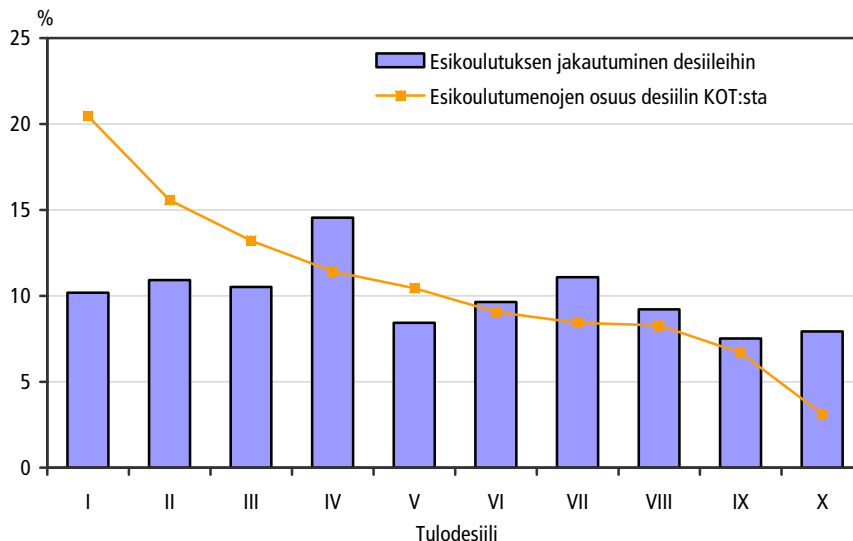
Suomi on menestynyt erinomaisesti kansainvälisissä oppimisvertailuissa (OECD, 2007a). Menestyksen erinomaisuutta lisää vielä se, että koulutusmenot suhteessa oppilasmääriin tai kansantuotteeseen ovat alle OECD-maiden keskiarvon (OECD, 2007b). Koulutuspalvelut ovat yksi tärkeimpiä hyvinvointipalveluja, jonka taloudellista arvoa yhteiskunnalle on vaikea edes määrittää. Palvelun käyttäjille koulutus on ilmaispalvelu ja siitä koituva hyöty määräytyy yksilölle itselleenkin vasta ajan kuluessa työuralla. Koulutukseen liittyy merkittäviä positiivisia ulkoisvaikutuksia, joten koulutuspalveluista saatavaa kokonaishyötyä on siten mahdotonta arvioida yhden vuoden poikkileikkauksen perusteella, jolloin vain sillä hetkellä saatu koulutuspalvelun subventioarvo huomioidaan. Vaikka tarkastelu näissä suhteissa on hyvin rajallinen, antaa se kuitenkin viitteitä siitä, miten koulutuspalveluista saatava hyvinvointilisä näkyy eri tuloryhmissä ja kuinka palvelujen käyttö on jakautunut eri tuloryhmiin. Tässä tarkastelussa on huomioitu kaikki koulutus esiopetuksesta yliopistokoulutukseen. Käyttäjilleen koituva subventio on arvotettu koulutusasteen mukaisesti keskimääraisten oppilaskohtaisten käyttömenojen perusteella, jotka ovat nähtävissä edellä olleessa taulukossa 2. Koulutussubventiota ei eritellä opetusalan mukaan, koska poikkileikkaustarkasteluna se ei antaisi lisäarvoa.

## Esiopetus

Esikouluopetus on säädetty lapsille vapaaehtoiseksi koulua edeltäväksi valmennusvuodeksi. Kuntien velvollisuutena on järjestää esikouluopetusta sitä haluaville. Yli 90 prosenttia 6-vuotiaista osallistuu kuntien järjestämään esikouluopetukseen. Muita vaihtoehtoja ovat yksityinen esikoulu tai kokonaan esikouluopetuksesta poisjäänti.

Kuviossa 1 on kuvattu esikouluopetuksen tuottaman subvention jakautuminen käytettävissä olevien ekvivalenttien tulojen mukaisiin tuloluokkiin. Kuviosta näkyy selvästi se, että palvelusubventio kohdentuu suhteellisesti enemmän alimpiin tuloluokkiin, joskin jakautuma on suhteellisen tasainen. Suuruusluokaltaan palveluhyöty on alimmassa tulokymmenyksessä vähän yli 20 prosenttia desiilin keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista.

**Kuvio 1** Esikouluopetuksen palvelusubvention kohdistuminen eri tuloluokkiin kuuluville esikoululaisille (pylväät) ja keskimääräisen desiiliin kohdentuvan palvelusubvention osuus käytettävissä olevista tuloista. Kaikki kotitaloudet ovat mukana.

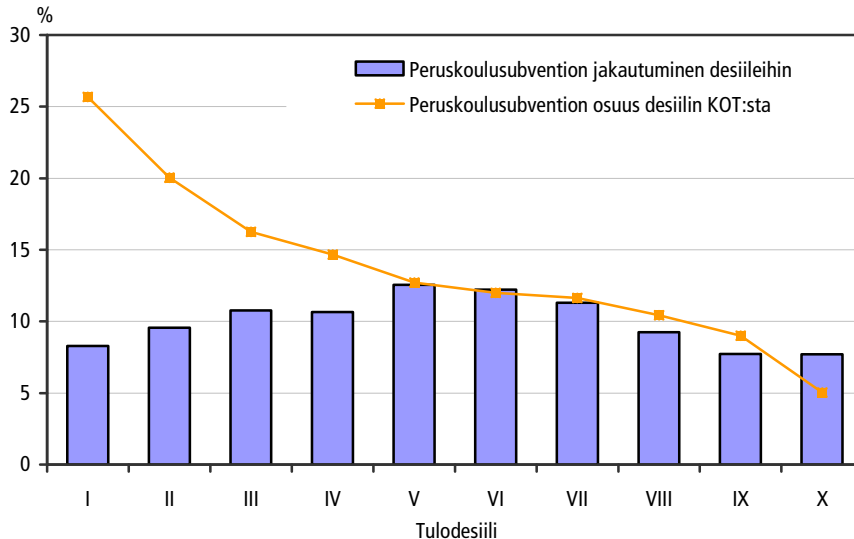


Lähde: Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineisto vuodelta 2008.

Jos tulonjakotarkastelu tehtäisiin yksinomaan 6-vuotiaiden ikäryhmässä tuloviidennekseen jaettuna ja jos kaikki osallistuisivat kunnan järjestämään esikouluopetukseen, olisi jakauma täysin tasainen, koska subvention arvo on kaikille sama. Kuitenkin erityisesti alimpaan ja ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat lapset saavat osuuttaan pienemmän subvention, mikä kuvastaa sitä, että kaikki näihin tuloluokkiin kuuluvat lapset eivät osallistu kunnalliseen esiopetukseen (kuvio 1 Liitteessä 2). Haja-asutusalueilla esiopetusta järjestetään keskitetysti, jolloin monet voivat pitkien etäisyyksien takia jäädä pois. Ylimmillä tulotasoilla taas lapset osallistuvat usein yksityisten päiväkotien järjestämään esiopetukseen. Keskimääräinen palvelusubventio ikäryhmän lasta kohti on noin 5 200 euroa vuodessa (yhteensä tämän ikäisiä lapsia oli 55 000 vuonna 2008). Esikoulun palvelusubvention tuottama tulolisä on alimmassa viidenneksessä keskimäärin 46 prosenttia viidenneksen keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista. Ylimmässä viidenneksessä osuus on 15 prosenttia.

Peruskoulutuksessa subventio jakautuu suhteellisen tasaisesti suhteutettuna koko väestöön ja noudattaa lähes samaa jakaumaa kuin päivähoito (kuvio 6) ja esiopetus (kuvio 1). Tämä johtuu siitä, että lapsiperheet sijoittuvat varsin tasaisesti eri tuloluokkiin. Kuviossa 2 on esitetty peruskoulutuksen palvelusubvention jakautuminen tulokymmenyksiin.

**Kuvio 2** Peruskoulu tuottaman palvelusubvention kohdistuminen 7–15-vuotiaille tulodesiileittäin. Koko ikäryhmälle osoitetun palvelusubvention osuus kussakin kymmenyksessä (pylväät) ja subvention osuus tuloryhmän keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista.

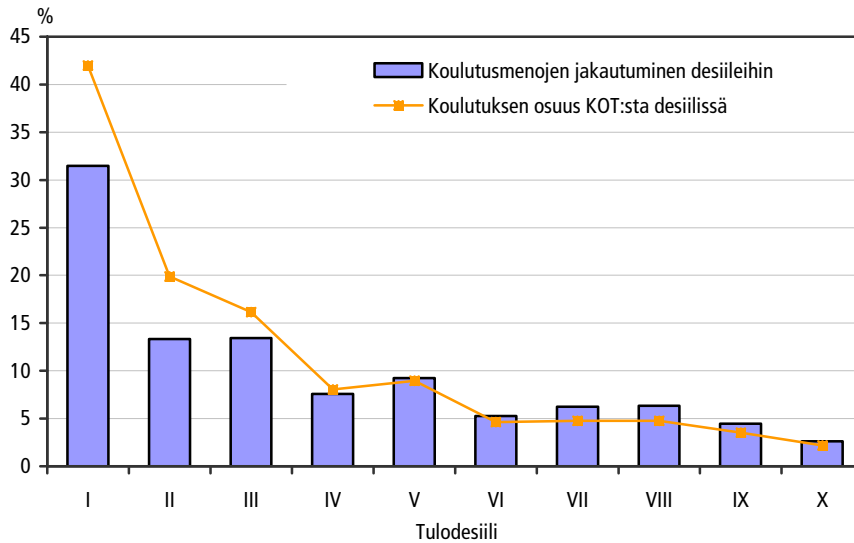


## Lukio ja ammatillinen koulutus

Kuviossa 3 tarkastellaan peruskoulun jälkeistä koulutuksen palvelusubventioiden jakaumaa 16–19-vuotiaiden ikäryhmässä. Tähän ikäryhmään kuuluvat ovat joko ammatillisessa koulutuksessa, lukiossa tai työmarkkinoilla. Subventiosta kolmannes koko ikäryhmälle suunnatuista koulutusmenosta kohdentuu alimpaan tulodesiiliin. Koulutussubvention näin voimakas painottuminen alimmalle desiilille johtuu siitä, että suurin osa ikäryhmään kuuluvista asuu vielä vanhempiensa luona ja tuloluokittelu perustuu kotitalouksien käytettävissä oleviin tuloihin.

Subvention progressiivinen jakautuminen johtuu ensinnäkin siitä, että osa ikäryhmään kuuluvista muodostaa jo oman talouden esim. opiskelupaikkakunnalla ja useimmiten yksinasuva opiskelija kuuluu alimpiin tuloluokkiin. Toiseksi eroa koulutussubvention kohdistumisessa muodostuu myös sen vuoksi, että koulutuksen keskimääräiset tuotantokustannukset oppilasta kohti vaihtelevat eri koulutussuuntien välillä. Amatillinen koulutus on lähes kaksi kertaa kalliimpaa kuin lukiokoulutus. Alimmassa desiilissä on juuri eniten ammattikoulussa opiskelevia, jotka ovat muuttaneet pois kotoaan. Lukiolaiset asuvat useammin vanhempiensa luona. Aineistosta ei voida selvittää, periytyykö koulutustaso (ja tulotaso) ja voisiko palvelusubvention euromääräinen voimakkaampi kohdentuminen alimpiin viidenneksiin selittää tätä ilmiötä. Tutkimuksessa ei ole voitu liittää yksinasuvia opiskelijoita vanhempiinsa, koska aineisto ei sisällä tietoa vanhempien sosioekonomisesta asemasta tai tuloista. Ulkomaisissa tutkimuksissa on pyritty selvittämään myös perheen taustamuuttujia (esim. Sefton 2002).

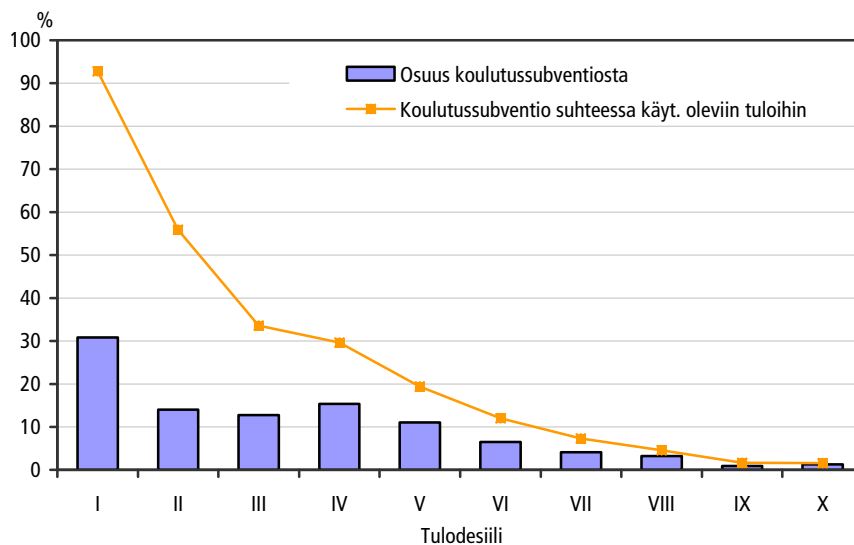
**Kuvio 3** Peruskoulun jälkeisen koulutussubvention kohdistuminen 16–19-vuotiaille tulodesiileittäin. Koko ikäryhmälle osoitetun palvelusubvention osuus kussakin tulokymmenyksessä (pylväät) ja subvention osuus tuloryhmän keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista.



### Ammattikorkea- ja yliopistokoulutus

Kuviossa 4 on kuvattu lukion jälkeisen koulutussubvention jakautumaista eri tuloluokkiin, jotka on muodostettu käytettävissä olevien kotitalouden ekvivalenttien tulojen mukaan. Alimman tulodesiiliin kohdistuu yli 30 prosenttia koko koulutusmenosta 19–29-vuotiaiden ikäryhmälle ja tämä subventio vastaa suuruusluokaltaan yli 90 prosenttia tämän desiilin keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista, kun korkeimmassa desiilissä osuus on vastaavasti alle viisi prosenttia. Myös tämä koulutussubventio on progressiivisesti jakautunut tuloryhmille, eli tuloeroja tasoittavasti.

**Kuvio 4** Ammattikorkeakoulu- ja yliopistotasaisen koulutussubvention jakautuminen 19–29-vuotiaiden ikäryhmälle tuloluokittain. Ikäryhmälle osoitetun palvelusubvention osuus kussakin kymmenyksessä (pylväät) ja subvention osuus tuloryhmän keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista.



Lähde: Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineisto vuodelta 2008.



Koulutussubvention kohdistumien näin voimakkaasti alimpaan tulokymmenyksen johtuu opiskelijoiden jakautumisesta eri tulokymmenyksiin. Toisen asteen jo suorittaneet opiskelijat muodostavat ensinnäkin useammin kuin nuoremmat ikäluokat oman talouden ja ovat itsenäisesti tulonsiirtojärjestelmän varassa, jolloin heidän käytettävissä olevat tulonsa ovat hyvin pienet. Sitä vastoin työelämään siirtyneet tähän ikäryhmään kuuluvat ansaitsevat enemmän, jolloin he kuuluvat korkeampaan tuloluokkaan eivätkä saa koulutussubventiota. Työssä olevilla on myös (useammin kuin opiskelijalla) puoliso, joka lisää henkilön ekvivalentteja tuloja, joiden perusteella henkilöt on jaettu tuloluokkiin.

### **Koulutussubventio yhteensä**

Koulutuspalvelut ovat arvoltaan merkittävin osa hyvinvointipalveluja. Lähes puolet kaikista hyvinvointipalveluista saatavista etuuksista tulee koulutuspalvelujen käytöstä. Rahamääräisesti katsottuna koulutussubventiot (esiopetuksesta lähtien yliopistokoulutukseen saakka) jakautuvat pienituloisia suosivasti (ks. myös taulukko 1 ja 4). Kuviossa 5 esitetään kaikkien koulutuspalvelujen kohdentuminen koko väestön tasolla eri tulodesiileihin. Keskimääräinen subventio alimpaan tulodesiiliin on vajaat 5 200 euroa ja ylimpään tulodesiiliin noin 1 500 euroa. Käytettävissä oleviin tuloihin suhteutettuina subventio on alimmassa desiilissä yli 40 prosenttia ja ylimmässä vain kaksi prosenttia. Koulutuspalvelut ovat ainakin poikkileikkaustarkastelussa voimakkaasti tuloeroja tasoittava subventio. Tämän selittää se, että alimpiin tuloluokkiin kuuluvat juuri yksinasuvat opiskelijat, jotka siis ovat näiden palvelujen ensisijaisia käyttäjiä. Opiskelijoista lähes kolmannes kuuluu alimpaan tulodesiiliin (Tilastokeskus 2010). Ylimmissä tuloluokissa taas on suhteellisesti eniten työssäkäyviä pariskuntia, joilla ei ole koulutusta saavia lapsia. Juuri tässä tulee esille poikkileikkaustarkastelun heikkous. Alimmassa tulodesiilissä ovat yliedustettuina yksinasuvat opiskelijat, jotka siis jo määritelmän mukaan saavat koulutussubventiota. Ylimmissä desiilissä opiskelijoiden määrä on pienempi ja luonnollisesti näihin tuloryhmiin kohdistuva subventiokin on sitä pienempi. Vaikka tarkastelu kohdennettaisiin vain näihin palvelujen piiriin kuuluviin ikäryhmiin, olisi tulos sama. Ne, jotka opiskelevat, ovat pienituloisimpia ja saavat subventiot, kun taas suurempituloiset ovat jo työelämässä eivätkä saa koulutussubventiota. Sen sijaan kun tarkastellaan ikäryhmittäin esi- ja peruskoululaisia, subventioissa ei juurikaan ole tuloluokkien välillä eroa, koska koko ikäluokka kuuluu palvelujen piiriin ja palvelusubvention arvo on määritelmän mukaan kaikille sama.

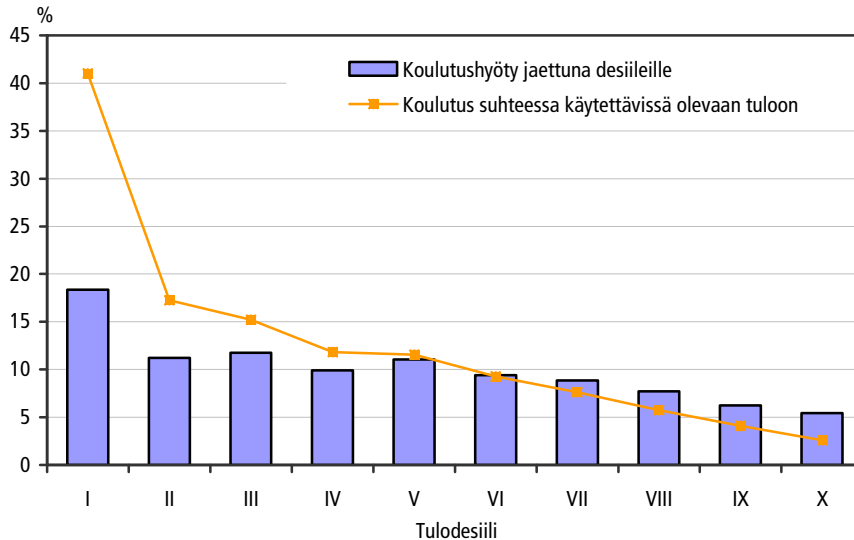
Suomessa tehdyt tutkimukset puhuvat kuitenkin edelleen sen puolesta, että korkeamman koulutuksen hankkivat ovat sosioekonomiselta taustaltaan parempiosaisia (esim. Kärkkäinen 2004). Koulutustaso siis periytyy, vaikka erot ovatkin supistuneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Tässä tarkastelussa tätä ilmiötä ei saada esiin, koska suurin osa opiskelijoista muodostaa oman kotitalouden, eikä poikkileikkausaineistossa ole havaintoja vanhempien koulutus- tai tulotiedoista.

Kuitenkin myös poikkileikkausaineistolla tehdyt tutkimukset ovat tärkeitä. Tutkimusta voidaan tarkentaa opiskelijoiden ryhmän sisällä. Tällöin eroja muodostuu myös subvention rahamääräisessä suuruudessa, kun yksikkökustannukset vaihtelevat koulutusalan mukaan<sup>10</sup>. Markku Lindqvist (2009) erotteli tutkimuksessaan eri koulutusalojen mukaiset yksikköhinnat. Hän käytti Opetusministeriön kustannustietokantaa eri korkeakouluista koulutusalan mukaan ja

<sup>10</sup> Käyttämässämme aineistossa ei ole pystytty erittelemään kustannuksia eri koulutusalojen välillä vaikka eri koulutustasojen välillä erittely onkin tehty.

laski subvention tarkkojen kustannusten avulla. Koulutuslakohtaisten kustannusten erittely ei kuitenkaan ollut tutkimuksen päätarkoitus, sillä koulutussubventio laskettiin muista palveluista saatujen hyötyjen kanssa yhteen, jolloin koulutussubventio ei tullut erillisenä kokonaisuutena esille.

**Kuvio 5** Koulutussubvention jakautuminen koko väestölle tuloluokittain. Koko väestölle osoitetun palvelusubvention osuus kussakin kymmenyksessä (pylväät) ja subvention osuus tuloryhmän keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista.



Lähde: Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineisto vuodelta 2008.

## 5.2 Päivähoito ja vanhustenhuolto

Vaikka sosiaalipalvelujen osuus hyvinvointipalveluista on vain 13 prosenttia, on niiden merkitys keskeinen hyvinvoinnin tasaajana varsinkin elinkaaritarkasteluissa. Keskeisimmät sosiaalipalvelut ovat hoivan tarjoajia elinkaaren molemmissa päässä. Sosiaalipalvelut tuottavat myös epäsuorasti hyvinvointilisää kotitalouksille, koska hoiva- ja hoitovastuun siirtäminen mahdollistaa perheenjäsenten työmarkkinoille osallistumisen. Tämän vuoksi sosiaalipalvelut ovat ratkaisevassa asemassa erityisesti naisten työllisyyden kannalta (Haataja & Pylkkänen 2009).

Sosiaalihuollon palveluista ainoastaan lasten päivähoito ja vanhustenhuolto ovat tässä tarkastelussa mukana. Nämä palvelut ovat kuitenkin kustannuksilla mitattuna kaikkein tärkeimmät yksittäiset kuntien järjestämisvastuulla olevat sosiaalipalvelut. Muista sosiaalipalveluista ei ole saatavilla henkilötasoisia tietoja. Toisaalta monet sosiaalihuollon palvelut luokitellaan eri tavoin eri kunnissa, jolloin niiden vertailukelpoiseksi saattaminen on hankalaa. Useimpia palveluja koskee myös erittäin tiukat tietosuojavaatimukset (esim. lastensuojelu ja päihdehuolto), ettei henkilötason tietoja edes ole mahdollista saada tutkimuskäyttöön.

Päivähoito- ja vanhustenhuoltopalvelut ovat tyypillisimmät ikäsidonnaiset palvelut. Varsinkin vanhustenhuollon palveluihin kohdistuu paljon mielenkiintoa tulevien vuosikymmenien demografisten paineiden vuoksi. Palveluiden käytössä on havaittavissa selkeitä systemaattisia eroja alueellisesti, jotka voivat johtua palvelujen tuottamistavasta, koska samansisältöisiä palveluja voidaan järjestää vanhuksille joko terveyden- tai sosiaalihuollon puolella. Seuraavassa tarkas-

tellaan ensin lasten kunnallista päivähoitoa 0–5-vuotiailla ja sen jälkeen vanhustenhuoltoa jaotellen eri käyttäjäryhmät iän, sukupuolen, tulotason ja kuntatyyppin mukaisesti.

### **Lasten päivähoitopalvelut**

Lasten päivähoito on subjektiiviseksi oikeudeksi säädetty sosiaalipalvelu, mikä merkitsee sitä, että perheillä on oikeus saada palvelu kotikunnaltaan sitä halutessaan. Se, kuinka paljon tätä palvelua käytetään, riippuu käytännössä ennen muuta työllisyystilanteesta. Toisaalta käyttöä säätelevät myös päivähoitomaksujen suuruus ja päivähoidon vaihtoehtona tarjolla oleva kotihoidon tuki alle 3-vuotiaille ja heidän sisaruksilleen. Nykyisin noin puolet alle 6-vuotiaista lapsista hoidetaan kunnallisessa päivähoidossa ja reilut kymmenen prosenttia yksityisessä päivähoidossa, jota kunnat subventoivat yksityisen hoidon tuella.

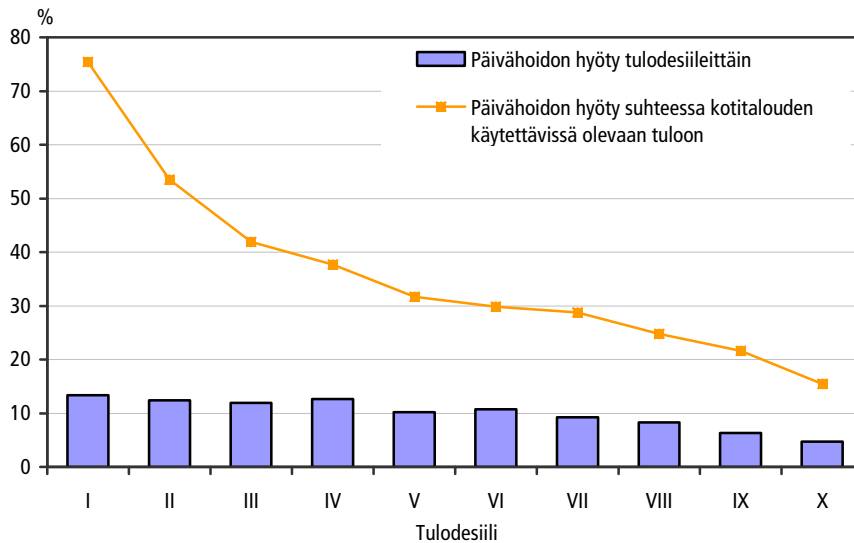
Lasten päivähoito on kustannuksiltaan suurin kuntien vastuulla oleva sosiaalipalvelu. Kustannukset ovat vajaat kaksi miljardia euroa, josta asiakasmaksuilla katetaan suunnilleen 15 prosenttia. Kunnallisessa päiväkotihoidossa oli vuonna 2008 noin 150 000 lasta, joista noin neljännes oli osapäivähoidossa. Kaiken kaikkiaan 0–5-vuotiaiden ikäryhmässä on 350 000 lasta.

Kuviossa 6 tarkastellaan päivähoitopalvelujen vaikutuksia tulojakaumaan 2008 (pohja-aineistona Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineisto). Päivähoidon arvoksi on laskettu päivähoidossa olevaa lasta kohti hoitopaikan valtakunnallinen keskimääräinen vuotuinen käyttökustannus (ks. taulukko 2). Tarkastelu on tehty kuhunkin tulodesiiliin kohdistuneena bruttosubventiona vähentämättä päivähoitomaksuja. Keskimääräinen palvelusubventio koko ikäryhmään kuuluvaa lasta kohti on 5 500 euroa. Palvelusta saatua hyötyä olisi tässä tapauksessa parempi tarkastella nettosubventiona, koska asiakasmaksut riippuvat perheen kokoonpanosta ja tuloista. Toisaalta saadun hyödyn määrä on sama määritelmän mukaan kotitalouden tulotasosta riippumatta. Nettosubventiona mitattuna päivähoidon palveluista hyötyisivät eniten kaikkein pienituloisimmat, koska heidän palvelumaksunsa ovat pienimmät ja kuitenkin laskennallinen hyöty palvelusta on absoluuttisesti ottaen sama kuin muissa tuloluokissa.

Kuviosta ilmenee, että palvelusubventio jakautuu suhteellisen tasaisesti kaikkiin tuloluokkiin. Kuitenkin väestöosuuttaan suuremmat subventio-osuudet kohdistuvat neljään alimpaan tulokymmenykseen, joissa keskimääräinen taloudellinen etuus on hyvin huomattava luokkien käytettävissä oleviin tuloihin suhteutettuna. Alimmassa desiilissä subvention määrä on keskimäärin 75 prosenttia suhteessa ekvivalentteihin käytettävissä oleviin tuloihin.

Kun tarkastellaan pelkästään 0–5-vuotiaiden ikäryhmää, jakautuu palvelusubventio suhteellisesti enemmän keskimmaisille tuloluokille (kuvio 2 liitteessä 2). Ylimpiin tuloluokkiin kohdistuvaa suhteellisesti pienempää subventio-osuutta selittää yksityisten päivähoitopalvelujen käyttö, joka on jätetty tämän tarkastelun ulkopuolelle, vaikka kunnat tätä palvelua subventoivatkin yksityisen hoidon tuella sekä erityisillä vapaaehtoisilla kuntalisillä. Alimpiin tuloluokkiin kohdistuvaa suhteellisesti pienempää subventio-osuutta puolestaan selittää se, että monet vanhemmat, joilla ei ole koulutusta tai työpaikkaa hoitavat usein lapsiaan kotona kotihoidon tuella (Miettunen 2008; Hämäläinen & Kangas 2010).

**Kuvio 6** Lasten kunnallisten päivähoitopalvelujen palvelusubvention jakautuminen tuloluokittain. Ikäryhmälle osoitetun palvelusubvention osuus kussakin kymmenyksessä (pylväät) ja subvention osuus tuloryhmän keskimääräisistä käytettävissä olevista tuloista.



Lähde: Tilastokeskuksentulonjakotilaston palveluaineisto vuodelta 2008.

Myös aikaisempien tutkimusten mukaan päivähoitopalveluiden käytön on todettu jakautuvan perheiden taloudellisen aseman ja vanhempien koulutustaustan mukaan (Takala 2000; Haataja 2008). Tulojen kasvaessa kotihoidossa olevien lasten osuus pienenee ja kunnallisessa päivähoidossa olevien lasten osuus kasvaa. Ylimpiin tuloluokkiin kuuluvissa perheissä lapset ovat selvästi muita useammin yksityisessä päivähoidossa. Myös vanhempien koulutustasolla (erityisesti äidin) on samansuuntainen yhteys vanhempien valitsemaan hoitomuotoon. Mitä korkeammin koulutettu äiti on, sitä useammin lapsi on kunnallisessa päivähoidossa verrattuna kotihoitoon. Yksityisen päivähoidon osuus kasvaa selkeästi vasta korkeakoulututkinnon suorittaneilla.

### Vanhustenhuolto

Lapsiperheille suunnattujen palvelujen jälkeen toiseksi suurin menoerä kuntien sosiaalipalvelumenoissa kohdistuu vanhuksille laitoshuoltona ja muina palveluina. Vanhuksille suunnatuista kunnallisista sosiaalipalveluista keskeisimmät ovat kotipalvelu, asumispalvelut, omaishoidon tuki ja laitoshuolto. Nämä palvelut ovat määrärahasidonnaisia, vaikka niihin liittyykin yksilökohtaisen tarpeenarviointivelvoite. Ikääntyneiden palvelut ovat luonteeltaan universaaleja, eli ne ovat tarkoitettu kaikille apua tarvitseville henkilön taloudellisesta asemasta riippumatta. Lamavuosien jälkeen kuitenkin esim. kotipalvelua saavien vanhusten osuus on kutistunut ja palveluja on suunnattu enemmän intensiivistä hoitoa tarvitseville ja erityisesti iäkkäimmille henkilöille (Lahtinen 2003). Esim. kodinhoitoapua saaneiden yli 75-vuotiaiden osuus on tippunut 1990-luvun lamaa edeltäneestä yli 30 prosentista 17 prosenttiin (Voutilainen ym. 2007).

Kotipalveluiden jakautumisesta vanhusten tulotason mukaan on olemassa vain vähän tietoa. Stakesin Hyvinvointitutkimuksen perusteella (Heikkilä 2005) kunnallinen kotipalvelu kohden-

tuu useammin pienituloisille. Yksityisten palvelujen käyttö taas painottuu hyvätuloisempiin vanhuksiin. Erot tosin ovat ainakin vielä aika vähäisiä.

Yli 64-vuotiaiden käyttämien terveyden- ja vanhustenhuollon palvelusubventiota tarkastellaan 13 kunnan asukkaista tehdyn satunnaisotokseen perustuvalla yksilöaineistolla. Ikäryhmän tuloluokkiin jakaminen tehdään samalla tavalla kuin päivähoidon- ja koulutuksen jakautumisen tarkastelussa (eri aineisto). Aineisto mahdollistaa myös alueellisen tarkastelun kuntatyyppin mukaisesti. Helsinki, muu pääkaupunkiseutu, kaupungit sekä maaseudun kunnat ovat olleet mukana peruspopulaatiossa, josta otanta on tehty.

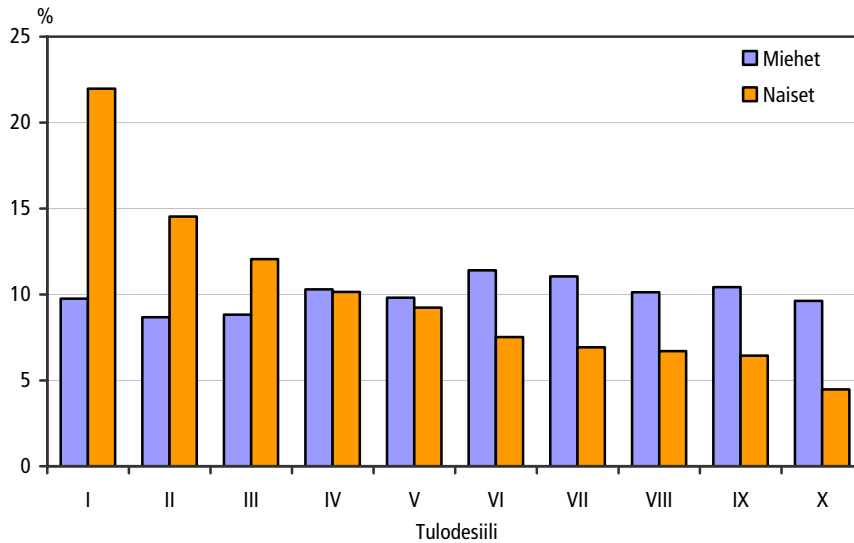
Iäkkäimmät käyttävät muihin ikäryhmiin verrattuna keskimäärin eniten sekä terveydenhuolto-että sosiaalipalveluja (taulukko 3). Siten eläkkeellä olevien taloudellinen asema paranee keskimäärin huomattavasti, kun julkiset palvelusubventiot lasketaan mukaan heidän taloudellisiin resursseihinsa. Tilastokeskuksen tulonjakotutkimuksen mukaan eläkeläisistä noin 16 prosenttia lasketaan pienituloiseksi (noin 200 000 eläkeläistä). Taulukossa 5 on laskettu yli 64-vuotiaiden aineistolla tulojen jakautuminen ekvivalenttien käytettävissä olevien tulojen mukaan ensimmäisellä rivillä. Toisella rivillä tulonjakoa tarkastellaan antamalla terveydenhuoltopalveluista saatu bruttomääräinen hyöty rahaksi muutettuna palvelun käyttäjille ja lisäämällä hyöty kunkin desiilin tulo-osuuteen. Kuudessa alimmassa tuloluokassa tulo-osuus kasvaa (tummennettu väri) verrattuna käytettävissä olevien tulojen jakautumiseen, kolmessa ylimässä tuloluokassa tulo-osuus sen sijaan pienenee. Kolmannella rivillä vanhustenhuollon palveluista saatu hyöty on laskettu tulolisäksi henkilöille. Desiilien tulo-osuudet muuttuvat niinkään alimpia tuloluokkia suosivasti. Neljännellä rivillä on laskettu rahatulosten ja tarkasteltavien luontoismuotoisten tulonsiirtojen vaikutus yhteensä. Alimman tulodesiilin tulo-osuus kokonaistulosta on kasvanut yli kolmella prosenttiyksiköllä ja ylimmän desiilin sitä vastoin pienentynyt lähes viidellä prosenttiyksiköllä.

**Taulukko 5** Yli 64-vuotiaan väestön ekvivalenttien käytettävissä olevien tulojen jakauma sekä terveyden- ja vanhustenhuollon subventiot huomioonottava tulokertymä tulodesiileihin.

Tulo	Keskiarvo	Yli 64-vuotiaat									
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Ekvivalentti käytettävissä oleva tulo	20 010	4,5	5,6	6,3	6,9	7,7	8,5	9,5	10,8	13,2	27,1
Ekv. tulo + terveydenhuolto	23 459	5,3	6,5	7,1	7,6	8,1	8,7	9,5	10,6	12,5	24,2
Ekv. tulo + vanhustenhuolto	22 569	7,2	6,6	6,8	7,2	7,7	8,3	9,1	10,3	12,4	24,6
Ekv. tulo + terveydenh. + vanhustenh.	26 017	7,6	7,3	7,4	7,7	8,1	8,5	9,2	10,1	11,9	22,3

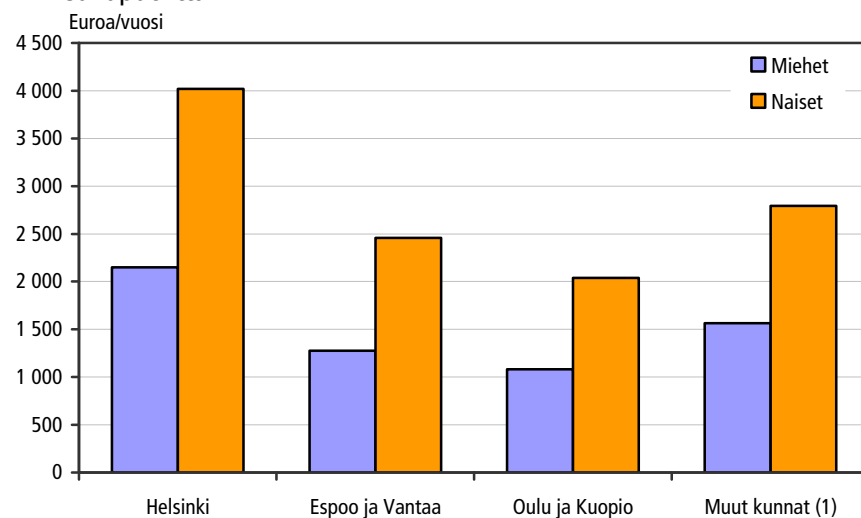
Kuviossa 7 esitetään vanhustenhuollon palvelusubvention jakautuma tuloluokittain ja sukupuolten mukaan eriteltynä. Palvelu on naisilla varsin progressiivisesti jakautuva, eli mitä alempaan tuloluokkaan henkilö kuuluu, sitä suurempi on keskimääräinen palvelusubventio. Alimpaan desiiliin kuuluville kohdistetaan yli viisinkertainen osuus naisten saamasta palvelusubventiosta verrattuna ylimpään desiiliin. Lisäksi naisten saama palvelusubventio henkilöä kohden (3 110 €) on lähes kaksi kertaa niin suuri kuin miesten saama (1 650 €). Miehillä palvelusubventio sen sijaan jakautuu hyvin tasaisesti tuloluokittain. Alimpaan desiiliin kuuluu tosin yksinasuvia naisia enemmän kuin miehiä, koska naisilla on useammin pienemmät tulot (desiilijakoa ei tehdä sukupuolittain erikseen).

**Kuvio 7** Vanhustenhuollon palvelusubvention jakautuminen tulodesiileittäin naisille ja miehille. Naisille ja miehille kohdistetun palvelusubvention osuudet pysty-akselilla.



Vanhustenhuoltopalvelujen käyttö on selvästi yleisempää alimmissa tuloluokissa myös kaikissa aineiston kuntatyypeissä. Pienimmät erot tuloluokittain palvelujen käytössä on pääkaupunkiseudulla asuvien miesten välillä ja erittäin progressiiviset maaseudulla asuvien naisten välillä. Naisten keskimääräinen palvelusubventio on kaikissa kuntatyypeissä korkeampi kuin miesten. Kuvio 8 havainnollistaa vanhustenhuollon palvelusubvention kohdentumista kuntatyyppin ja sukupuolen mukaan. Naiset käyttävät selvästi miehiä enemmän vanhustenhuoltopalveluja koko maassa, mutta Helsingissä palvelusubvention määrät on vanhusväestön määrään suhteutettuna kaikkein suurimmat. Palvelusubvention suuruuteen ei arvottamismenetelmästä johtuen vaikuta palvelutuotannon tuottavuudessa olevat erot kuntien välillä. Sen sijaan sektorikohtaisiin kustannuksiin eri kuntien välillä voi vaikuttaa se, annetaanko palveluja sosiaali- vai terveydenhuollon hallinnonalan puolelta. Nimittäin Helsingissä ja muualla pääkaupunkiseudulla vastaavasti terveydenhuollon keskimääräinen palvelusubventio vanhusväestöön kuuluvaa kohti on alempi kuin muissa kuntatyypeissä, mikä näkyy kuviossa 12.

**Kuvio 8** Vanhustenhuollon palvelusubventio (euroa/vuosi) eri kunnissa ja jakautuma sukupuolittain.



(1) Kotka, Jyväskylä, Pori, Kuusamo, Joensuu, Kemijärvi, Raisio, Suomussalmi

Naisille kohdistuva vanhustenhuollon palvelusubventio on kaikkialla maassa suurempi kuin miesten saama palvelusubventio. Tämä ei suoraan johdu siitä, että naiset elävät pidempään, vaikkakin välillisesti se johtuu siitä. Usein naiset hoitavat puolisoaan kotona, jolloin mies ei tarvitse kunnallista palvelua. Ja koska naiset elävät puolisoaan pidempään, he eivät saa epävirallista hoitoa puolisoilta, kun naisten hoidontarve aktualisoituu. Siten naiset joutuvat turvautumaan julkisesti järjestettyyn vanhustenhuoltoon useammin kuin miehet. (esim. Voutilainen ym. 2007).

### 5.3 Terveystenhuolto

Hyvä terveys ja terveyden tasainen jakaantuminen väestössä ovat arvo jo sinänsä, mutta näillä on keskeinen vaikutus työmarkkinakäyttäytymiseen sekä sitä kautta myös tulonjakoon pitkällä aikavälillä. Sosioekonomisten ryhmien väliset sairastavuus- ja kuolleisuuserot ovat Suomessa erittäin suuret ja ovat kasvaneet viimeisten kahden vuosikymmenen aikana (Aro ym. 2004). Toimihenkilöillä, korkeasti koulutetuilla ja hyvin ansaitsevilla on keskimäärin huomattavasti parempi terveys kuin työväestöllä, alemman koulutuksen saaneilla ja pienituloisilla. Terveyseroja pidetään eriarvoisuuden ilmentymänä silloin, kun väestöryhmien välistä terveydentilaa olisi mahdollista kaventaa. Tämän eriarvoisuuden vähentäminen on ollut terveyspoliittisten ohjelmien keskeinen päämäärä jo useiden vuosien ajan (esim. Valtioneuvosto 2001).

Ottaen huomioon suuret tuloryhmien väliset erot sairastavuudessa, voisi olettaa, että huono-osaisimmat olisivat myös suurimmat palvelujen käyttäjäryhmät, onhan terveystalouden ensisijainen päämäärä taata tarpeen mukainen terveydenhuolto kaikille kansalaisille. Asiaa selvittäneet tutkimukset kuitenkin ovat osoittaneet, että terveydenhuoltojärjestelmämme on sosioekonomisesti eriarvoinen tai vähemmän tuloeroja tasoittava kuin muissa maissa (Häkkinen & Alha 2006; OECD 2008). Enemmän koulutetuille ja ylimpiin tuloluokkiin kuuluville palvelujen saatavuus on huomattavasti parempaa ja he myös käyttävät palveluja muita useammin. Toisaalta palvelujen intensiteetti ja kustannukset vaihtelevat paljon. Vaikka hyvätuloisilla olisikin käyntikertoja enemmän, voivat palveluiden kustannukset silti kohdentua enemmän alimpiin tuloluokkiin, jos kysymyksessä ovat hoitointensiivisemmät palvelut. Seuraavassa tarkastellaan terveydenhuoltopalveluista saatavan hyödyn jakautumista henkilöille tuotantokustannuksilla mitattuna perustuen edellä kuvattuun yksilökohtaiseen rekisteriaineistoon.

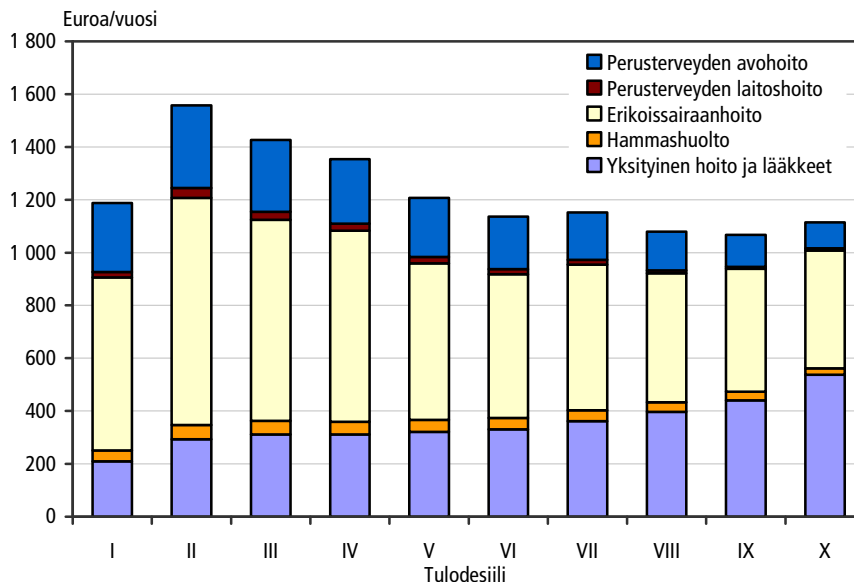
Taulukossa 6 kuvataan terveydenhuoltopalvelujen käytöstä saadun etuuden vaikutusta tulojakaumaan alle 65-vuotiaiden aineistossa. Vertailupohjana on käytettävissä olevien ekvivalenttien tulojen mukaan laskettu tulojakauma (tulomääritelmä ei ole täysin vertailukelpoinen tulonjakotilaston palveluaineiston kanssa). Aineiston mukaan terveydenhuoltopalveluiden tuottama hyöty ikäryhmässä on keskimäärin reilut 1 200 euroa henkilöä kohti (koskien vuotta 2006). Kun henkilöiden palveluista saama hyöty lisätään palveluja käyttäneille tuloksi rahatu-  
lojen lisäksi, nousee alimpien viiden tulokymmenyksen tulo-osuus hieman (tummennettu alue) ja vastaavasti pienenee kolmessa ylimmässä desiiilissä. Terveystenhuoltopalvelujen jakautuminen suhteellisesti enemmän alimmille tulotasolle pienentää tuloeroja 0–64-vuotiailla myös Gini-kertoimella mitattuna. Käytettävissä olevien tulojen mukaan laskettu Gini-kerroin on 31,7 ja terveydenhuollon palvelusubventio mukaan luettuna Gini-kerroin on 31,1. Myös kvintiilisuhde laskee samoin kuin pienituloisten osuus.

**Taulukko 6** Käytettävissä olevien ekvivalenttien tulojen jakauma yksilöaineistossa tulo-desiileittäin sekä tuloeroja kuvaavat Gini-kerroin, kvintiilisuhde sekä pienituloisuusaste. (Aineiston koko 257 235)

Tulolaji	Keskiarvo €/ hlö	Desiili (0–64 -vuotiaat)										Gini- kerroin	Q5 / Q2	Köyhyys- aste 60 %
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X			
Käytettävissä olevat tulot	24 212	3,2	4,9	6,0	7,1	8,1	9,1	10,2	11,6	13,8	26,0	31,7	2,3	17,4
Terveydenhuolto (lisätynä)	25 089	3,5	5,2	6,2	7,3	8,2	9,1	10,2	11,5	13,6	25,3	31,1	2,2	16,4

Erityyppisten terveydenhuoltopalvelujen kohdentumista yksityiskohtaisemmin on tarkasteltu kuviossa 9 tuloluokittain, kun mukana ovat vain alle 65-vuotiaat. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelusubventio kohdentuu eniten alimpiin tulokymmenyksiin. Tämä viittaa myös siihen, että terveystarpeet ovat suuremmat alimmissa desiileissä kuin ylemmissä. Haastatteluihin perustuvat tutkimukset todistavat myös tätä (Terveys 2000 -tutkimus). Sairaalahoidossa olleita ja useampia hoitajaksoja on alimmassa tuloviidenneksessä noin kaksi kertaa enemmän kuin ylimmässä viidenneksessä (Keskimäki & Alha 2006). Kuviossa 9 on esitetty myös yksityisten terveydenhuoltopalvelujen ja lääkekustannusten tuottama subventiovaikutus (alin osa pylväästä) eri tuloryhmissä. Nämä taas jakautuvat selkeästi päinvastoin, eli yksityisten terveyspalveluiden tuottama hyöty kohdistuu eniten ylimpiin tuloluokkiin. Ylimmässä tulokymmenyksessä niiden osuus on 50 prosenttia kaikista tuloluokkaan kohdistuvista terveyspalvelusubventiosta, kun taas alimmassa osuus on vain 18 prosenttia.

**Kuvio 9** Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja hammashuollon kustannusten sekä yksityisten palvelujen (mukaan lukien lääkekorvaukset) jakautuma 0–64-vuotiailla tuloluokittain käytettävissä olevien ekvivalenttien tulojen perusteella. Keskimääräinen palvelusubventio on ilmaistu euroina.





Perusterveydenhuollon eri palvelujen käyttö on pysynyt hyvin samankaltaisena vuosikymmenien ajan. Pienituloiset käyttävät muita useammin terveyskeskuspalvelua, kun taas hyvätuloiset nauttivat työterveyshuollon eduista (Häkkinen & Alha 2006). Erittäin suuri puute tässä tarkastelussa on se, että työterveydenhuollon palvelut eivät ole mukana. Noin neljä prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista jää siten tämän tarkastelun ulkopuolella. Työterveyshuollon piiriin kuuluvat ovat suhteellisen hyvätuloisia muuhun väestöön verrattuna ja heillä on muita parempi pääsy perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Lisäksi työterveyspalvelut ovat käyttäjilleen maksuttomia. Työterveyshuollon sisältyminen tähän tarkasteluun pienentäisi terveydenhuollon tuloeroja supistavaa vaikutusta.

Tutkimuksessa käytetyn aineiston mukaan julkisesti järjestetyt terveydenhuoltopalvelut jakautuvat progressiivisesti alle 65-vuotiaiden ikäryhmässä. Yksityinen terveydenhuolto sen sijaan jakautuu regressiivisesti. Yksityisissä terveydenhuoltopalveluissa suuret omavastuuosuudet pienentävät palvelujen käyttäjille kohdistuvaa julkista palvelusubventiota, mikä tulisi selkeämmin ilmi jos etuutta tarkasteltaisiin nettosubventioina. Yksityiset terveydenhuoltopalvelut voivat yhtäältä pienentää kunnallisen terveydenhuollon (yli)kysyntää. Toisaalta yksityinen sektori voi myös tuottaa julkiseen terveydenhuoltoon lisää kysyntää esim. lähettämällä potilaita kalliimpiin lisätutkimuksiin julkiselle puolelle (Häkkinen ym. 2009).

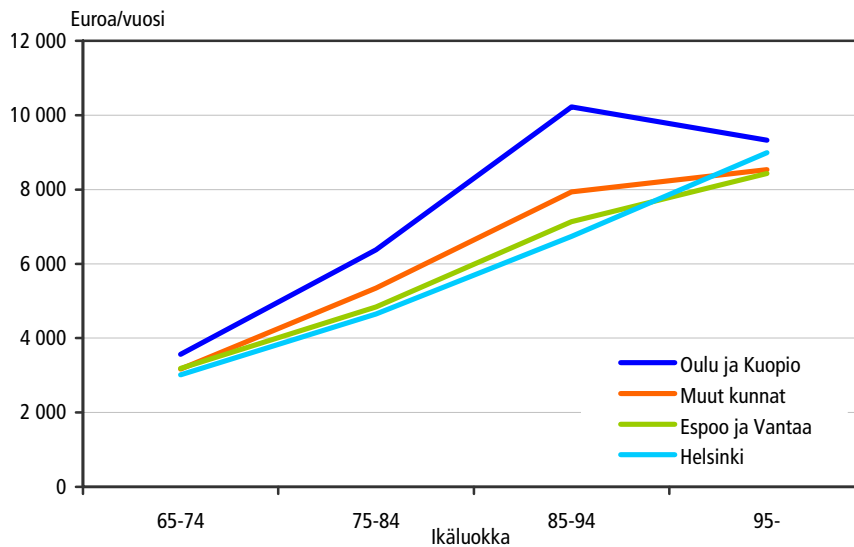
Taulukossa 7 on eriteltynä terveydenhuoltoon kuuluvien palvelukokonaisuuksien euromääräinen keskimääräinen subventio eri tulokymmenyksissä. Yksityisen terveydenhuollon subventio on keskimääräistä korkeampi ylimmillä neljällä tulodesiilillä. Vastaavasti muiden palvelujen keskimääräinen tuloluokkaan kuuluvaa kohti laskettu subventio on suurempi alimmissa tulodesiileissä. Yhteenlaskettuna keskimääräistä korkeamman subvention saavat toiseen, kolmanteen ja neljanteen desiiliin kuuluvat.

**Taulukko 7** Erityyppisten terveyspalvelujen jakautuminen 0–64-vuotiaalle väestölle henkilötason tulojakaumassa. Eriteltujen terveydenhuoltopalvelujen keskimääräinen subventio (euroa/desiiliin kuuluvien henkilöiden lkm) kuhunkin desiiliin kuuluville henkilöille. Tummennetuissa ruuduissa desiilin saama palvelusubventio on suurempi kuin palvelusubventio keskimäärin koko ikäryhmälle.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Yksityinen hoito ja lääkkeet	209	294	312	312	322	331	361	397	440	538
Hammashuolto	42	52	51	47	45	43	41	36	2	24
Erikoissairaanhoido	655	860	762	724	593	544	552	489	467	447
Perusterveydenh. laitoshoido	21	38	30	26	25	19	18	11	7	8
Perusterveydenh. avohoido	261	313	272	245	223	199	180	146	121	98
Yhteensä	1 188	1 558	1 427	1 354	1 207	1 136	1 153	1 079	1 068	1 115

Demografisen kehityksen kannalta on kiinnostava vertailla alle ja yli 64-vuotiaiden terveydenhuollon subvention jakautumista. Henkeä kohti palvelusubventio on 4–5-kertainen nuorempiin ikäluokkiin verrattuna (ks. taulukko 3 ja kuvio 13). Mitä vanhempia ikäluokkia tarkastellaan, sitä suuremmiksi palvelusubventiot henkilöä kohti laskettuna nousevat. Kuviossa 10 näkyy kuinka jyrkästi palvelusubventio nousee iän karttuessa. Vertailu on tehty ikäryhmittäin ja kuntatyypeittäin. Kun terveydenhuollon palvelusubventioon lisätään vanhustenhuollon sekä yksityisen terveydenhuollon ja lääkemenojen julkinen subventio, ero nuorempiin ikäryhmiin verrattuna on jo lähes seitsenkertainen.

**Kuvio 10** Terveydenhuollon keskimääräinen palvelusubventio henkilöä kohti yli 64-vuotiailla ikäryhmittäin eri kuntatyypeissä (euroa/henkilö vuonna 2006).

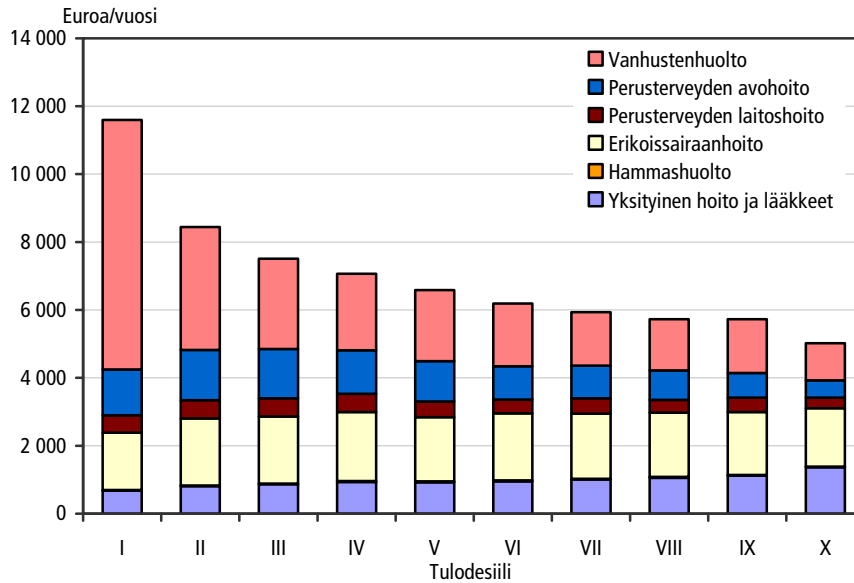


Lähde: Stakes, Tilastokeskus ja Kela.

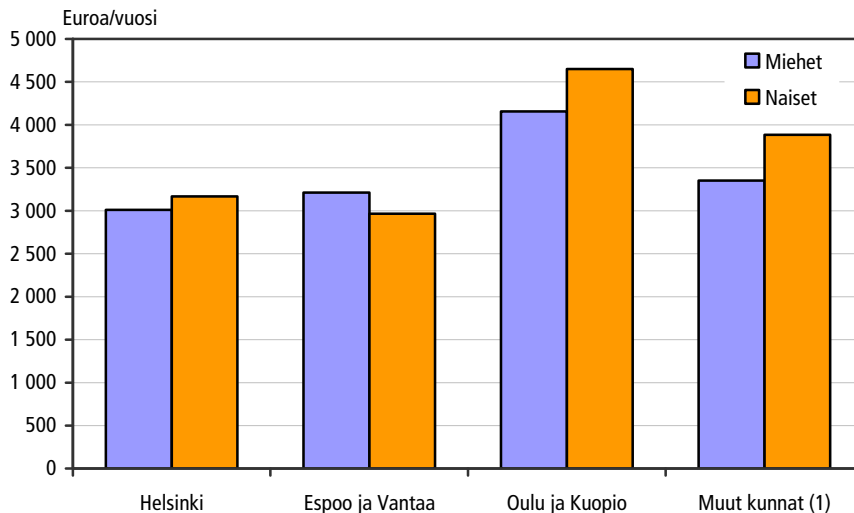
Kuviossa 11 esitetään kaikkien tarkasteltavina olevien palveluiden subventio vanhusväestössä kohdistettuna eri tulokymmenyksiin. Yksityisiä terveydenhuolto- ja lääkekustannuksia lukuun ottamatta palvelut kohdentuvat progressiivisesti. Vaikka euromääräisesti erikoissairaanhoidon subventio on lähes yhtä suuri kaikissa tulodesiileissä, on subventio suhteessa käytettävissä olevaan tuloon kuitenkin huomattavasti suurempi alimmissa desiileissä kuin ylimmissä. Yksityisiä palveluja lukuun ottamatta muissa palveluissa absoluuttiset subventiot ovat alimmilla tulotasoilla suuremmat kuin ylimmillä. Subventio on laskettu kuviossa 11 keskimääräisenä euromääränä tuloluokkaan kuuluvaa kohti. Subvention hajonta tuloryhmän sisällä on myös suurta. Yksittäisten henkilöiden saamat subventiot voivat olla todella suuria, satoja tuhansia euroja, jolloin tuloerojen vertailu tavallisilla mittareilla ei ole enää mielekäästä, koska henkilöt nousisivat heti ylimpään tulokkaan intensiivihoitoa saadessaan. Esimerkiksi Gini-kerroin nousee, vaikka selvästi on nähtävissä, että palvelut jakautuvat progressiivisesti käytettävissä olevien tulojen mukaan tarkasteltuna (taulukko 8).

Kuviosta 12 näkyy, että terveydenhuoltopalvelut jakautuvat naisten ja miesten välillä huomattavasti tasaisemmin kuin vanhustenhuollon palvelut (vrt. kuvio 8). Kuviosta näkyy myös, että alueellisesti terveydenhuollon keskimääräinen palvelusubventio henkilöä kohti on Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla pienempi kuin muissa kaupungeissa ja maaseudulla, päinvastoin kuin vanhustenhuollossa. Sen vuoksi on tärkeää katsoa palvelukokonaisuuksia rinnakkain, jotta myös hallintokuntien välinen työnjako tulee selkeämmin esille. Nuorempien ikäryhmässä ei sen sijaan ole suuria eroja eri kuntien välillä, mikä tarkoittaa sitä, ettei palvelujen käyttöasteissa ilmene eroja, sillä tietyn palvelun subventio määrittää koko valtakunnan tasolla samaksi. Poikien saama subventio on hieman suurempi pienten lasten tapauksessa. Muissa alle 64-vuotiaiden ikäryhmissä naiset saavat keskimääräistä enemmän subventiota, mutta ero miehiin ei ole kovin suuri.

**Kuvio 11** Terveyden- ja vanhustenhuoltopalveluista saatava keskimääräinen rahallinen hyöty palvelun keskimääräisillä tuotantokustannuksilla mitaten tulodesiileissä (käytettävissä olevien ekvivalenttien tulojen mukaan luokiteltuna).



**Kuvio 12** Terveydenhuollon palvelusubventio henkilöä kohti yli 64-vuotiaiden ikäryhmässä sukupuolittain eri kuntatyypeissä (euroa/henkilö vuonna 2006).



(1) Kotka, Jyväskylä, Pori, Kuusamo, Joensuu, Kemijärvi, Raisio, Suomussalmi

Kuviosta 11 voi havaita, että terveyden- ja vanhustenhuollon palvelujen kohdentuminen on selkeästi progressiivinen, tuloeroja tasoittava. Kuitenkaan Gini-kertoimella ei voida havaita tuloerojen tasoittumista. Taulukossa 8 on laskettu yli 64-vuotiaiden aineistosta käytettävissä olevat ekvivalentit tulot ja henkilöiden välisiä tuloeroja kuvaava Gini-kerroin. Vanhusväestön käytettävissä olevat ekvivalentit tulot ovat koko väestön keskiarvoa alemmat. Tulot ovat myös jakautuneet hieman epätasaisemmin kuin koko väestössä (vrt. taulukko 1 ja 4), mikä johtuu osittain myös eri tulomääritelmästä ja tässä tutkimuksessa eri tarkasteluvuosista. Ekvivalenttien tulojen perusteella laskettu Gini-kerroin on 29,8, mutta kun terveydenhuollon palvelut lisätään käytettävissä olevien tuloihin, kasvaa kerroin lähes 2 prosenttiyksiköllä, mikä tarkoittaa merkittävää tuloerojen kasvua. Samoin vanhustenhuoltopalvelujen huomioiminen tulona kasvattaisi vieläkin voimakkaammin tällä indikaattorilla mitattuna. Tämä johtuu siitä,

että paljon ja kalliita palveluja käyttävät pienituloisimmat henkilöt saavat hyvin suuria impliittisiä lisätuloja, että he nousevat tulojakaumalla niin paljon ylöspäin, että se kasvattaa henkilöiden välisiä tuloeroja! Kun keskimääräinen käytettävissä oleva tulo vanhusväestöllä on noin 20 000 euroa, nostaa kymmenien tai satojen tuhansien eurojen arvoiset hoitojaksot tuloja niin paljon, että tuloerot itse asiassa kasvavat eivätkä pienene. Gini-kerroin ei siten ole tässä tutkimuksessa sovellettavan metodin vuoksi sopiva tulojakaumavaikutusten arvioimisen mittari (Aaberge & Langørgen 2006). Vaihtoehtona on käyttää palvelusubvention kohdentamisessa ja arvostamisessa muuta metodologiaa. Esimerkiksi vakuutusarvoon perustuva menetelmä antaa samankaltaisille käyttäjäryhmille yhtä suuren subvention tosiasiallisesta käytöstä riippumatta ja vastaisi vakuutusmaksun tyypillisesti käyttäjän todennäköisyyttä tarvita palvelua. Mutta vakuutusarvoon perustuva menetelmä ei toisi esiin yksilöaineiston suomaa mahdollisuutta tarkastella palvelujen todellisen käytön jakaumaa ja arvoa. Vakuutusarvoon perustuva metodologia soveltaen ei palvelujen jakautumista voitaisi analysoida sukupuolen, iän, tulojen tai alueen mukaan – muutoin kuin vakuutusarvoon perustuen. Erot muodostuisivat ainoastaan yksittäisten ryhmien välillä, ei niiden sisällä. Varsinkaan poikkileikkaustarkastelussa tällainen metodi ei ole yhtä hyvä, sen sijaan elinkaaritarkastelussa arvostusmenetelmä toimii paremmin (esim. Pettersson & Pettersson 2004).

**Taulukko 8** Käytettävissä olevien kotitalouden ekvivalenttien tulojen mukaan lasketut keskimääräiset tulot yli 64-vuotiaiden ikäryhmässä sekä terveyden- ja vanhustenhuollon palvelujen käytön tuottaman henkilökohtaisen taloudellisen etuuden jälkeen lasketut keskimääräiset tulot ja tuloeroindikaattorit.

	Keskiarvo	Gini-kerroin	Q5 / Q1	Pienituloisuus	N
Ekvivalentti tulo	20 010	29,8	1,96	5,7	76 682
Ekv. tulo + terveydenh. palvelut	23 459	31,6	8,23	8,2	76 682
Ekv. tulo + vanhustenh. palvelut	22 569	32,7	2,17	6,4	76 682
Ekv. tulo + terv. palv. + vanh. palv.	26 017	33,7	2,36	8,9	76 682

Lähde: Stakes, Tilastokeskus ja Kela.

Myöskään kvintiiliosuudella (Q5/Q1) tarkastetuna tai pienituloisuusasteen muutoksilla mitattuna vanhuksille suunnatut palvelut eivät vähennä tuloeroja eikä köyhyyttä. Erityisesti terveydenhuoltopalvelut lisäävät joidenkin alimmilla tulotasoilla olevien henkilöiden tuloja niin paljon, että he siirtyvät ylimpiin tulodesiileihin ja osaltaan kasvattavat tuloeroja. Palveluiden tuottama hyvinvointilisä ei kuitenkaan tosiasiallisesti kasvata kenenkään käytettävissä olevia tuloja. Palvelujen kautta välittyvä hyvinvointi on kuitenkin varallisuutta ja muodostaa tärkeän turvan, joka vapauttaa henkilökohtaisia varoja muuhun käyttöön – eli lisäävät kulutusmahdollisuuksia. Julkiset palvelut ovat jokaisen varallisuutta suoraan palvelujen käyttömahdollisuutena ja kollektiivisesti positiivisina ulkoisvaikutuksina.

## 6 KATSAUS AIEMPIIN TUTKIMUKSIIN

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat linjassa sekä aikaisempien kotimaisten tutkimusten että kansainvälisten tutkimustulosten kanssa. Erityyppisiä aineistoja soveltavat sekä erilaisilla laskentamenetelmillä saadut tulokset viittaavat vahvasti siihen, että yleisesti ottaen julkisesti tarjotut hyvinvointipalvelut tasoittavat kotitalouksien välisiä tuloeroja. Pääsääntöisesti palvelusubventiot kohdistuvat suhteellisesti voimakkaammin alempiin kuin ylempiin tuloluokkiin.

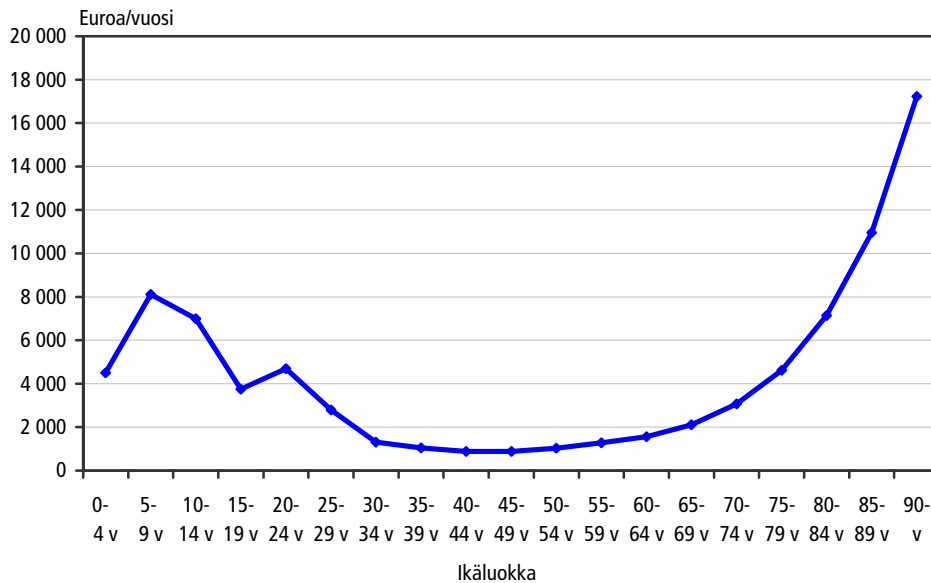
OECD:n (2008) kattavassa useaa maata koskeneessa selvityksessä ilmeni, että hyvinvointipalvelujen kotitalouksien taloudellisia resursseja tasaava vaikutus perustuu ennen kaikkea suhteellisen tasaiseen rahamääräiseen palvelusubvention jakautumiseen tuloluokittain, mutta mikä tuottaa suhteessa käytettävissä oleviin tuloihin suuremman vaikutuksen alimpiin tuloluokkiin.

OECD:n tutkimuksessa tarkasteltiin hyvinvointipalvelujen tuloeroja tasaavaa vaikutusta 18 jäsenmaassa yksilötasoisella aineistolla. Tuloerojen kaventuminen oli sitä voimakkaampi mitä suuremmat tuloerot olivat ennen palvelujen ottamista mukaan tarkasteluun. Suomen kannalta keskeinen havainto oli, että suhteessa kotitalouksien käytettävissä oleviin tuloihin palveluiden kokonaisarvo oli huomattavasti pienempi kuin muissa Pohjoismaissa. Ja palveluiden tuloeroja tasaava vaikutus oli myös muita Pohjoismaita pienempi. Mutta selkeästi tutkimus osoitti myös, että koulutus- ja terveyspalvelut pienensivät tuloeroja Suomessa. Tutkimuksessa sovellettiin toisenlaista metodia kuin tässä tarkastelussa. OECD:n tutkimuksessa palvelujen arvottamisessa ja kohdentamisessa käytettiin vakuutusmenetelmää.

Tärkeää palvelujen analysoinnissa on pystyä näkemään erilaisten aineistojen sekä tutkimusmenetelmien vahvuudet ja heikkoudet hyvinvointierojen muutosten tarkasteluissa. Yksilötason aineistolla saadaan selville tosiasiallinen palvelujen käyttö ja niiden kohdentuminen. Rekisteripohjaisen aineiston etu haastattelututkimukseen pohjautuvaan aineistoon verrattuna on sen luotettavuus ja tarkkuus. Lajitellummat ja aggregaattitasoiset aineistot antavat käsityksen palvelujen tuottamasta hyvinvoinnin lisästä vakuutuksen omaisena turvana. Vaikka vakuutusperiaatteella tehty arvotus voidaan perustellusti ymmärtää hyvinvointireservinä, on palvelusubvention kohdentaminen yksilölle erilaisilla imputaatiomenetelmillä altis virheille ja on joka tapauksessa karkea arvio palvelujen jakautumisesta ja kertoo uudelleenjaon volyyminä vain ryhmien välillä eikä yksilöiden välillä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellut hyvinvointipalvelut ovat suurimmaksi osaksi ikäsidonnaisia ja jakavat kulutusmahdollisuuksia erityisesti yli ajan. Vanhukset saavat usein suuria palvelusubventioita sekä terveyden- että vanhustenhuollon palveluina. Näiden palvelujen tavoitteena on ennen muuta tasoittaa hyvinvointieroja elinkaarella ennemminkin kuin henkilöiden välillä. Samoin koulutuspalvelut ovat tiettyyn ikävaiheeseen kuuluva mahdollisuuksien tasa-arvoa toteuttava julkinen palvelu, jonka hyödyt näkyvät sekä yksilön että koko yhteiskunnan hyvinvointina vasta pitkällä aikavälillä. Kuvio 13 summaa tarkasteltujen koulutus-, sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden euromääräisen subvention ikäryhmään kuuluvaa kohti. Lapsille, nuorille ja vanhuksille suunnatut ikäsidonnaiset palvelut tulevat esille selvästi korkeampina keskimääräisinä subventioina.

**Kuvio 13** Koulutus-, sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen keskimääräisen yksikkökustannusten mukaisen palvelusubvention bruttomääräinen jakautuma eri ikäryhmiin vuonna 2006.



Lähde: Stakes ja Tilastokeskus.

Hyvinvointipalvelujen käyttöä ja jakautumista on selvitetty Suomessa aikaisemmin haastatteluaaineistoilla, jossa on kysytty kotitalouksilta suoraan palvelujen käyttömääriä ja palvelumaksuja kotitalouskyselyn yhteydessä. Palvelujen arvot on määritetty niiden tuottamisesta aiheutuvien yksikkökustannusten perusteella, jotka voidaan johtaa palvelujen kokonaiskustannuksista ja palvelujen kokonaismääristä. Palvelusta tuleva etuus voidaan määrittää nettomääräisenä, kun kotitaloudelta voidaan tiedustella käyttäjämaksun omavastuuosuutta suoraan. Tilastokeskuksen kulutustutkimuksissa on kerätty palvelujen käyttöä koskevaa tietoa kotitalouksilta 1970-luvun alusta lähtien. Viimeisin kulutustutkimus tehtiin vuonna 2006, sitä edellinen vuonna 1990.

Lindqvistin (2009) tekemä tutkimus koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelujen jakautumisesta kotitalouksien kesken on tehty tarkasti eri palvelujen arvot määrittäen käyttäen kulutustutkimusta vuodelta 2006. Tutkimuksen mukaan hyvinvointipalveluilla on tuloeroja tasaava vaikutus. Tulot pienenevät Ginikertoimella mitattuna noin kolme prosenttiyksikköä (23,3 prosenttiin) sekä kvintiiliosuussuhteella laskettuna (3,9 → 3,2). Myös pienituloisuusaste laskee 2,4 prosenttiyksikköä ja pienituloisten henkilöiden lukumäärä laskee 120 000 henkilöllä. Tutkimuksen mukaan palveluista saatu etuus kohdentuu niin absoluuttisesti kuin suhteellisesti mitattuna selvästi enemmän alempiin ja keskimääsiin tuloluokkiin kuin ylempiin. Yksittäisistä palvelukokonaisuuksista koulutuspalveluiden tuloeroja tasaava vaikutus oli suurin, sosiaalipalvelujen vastaavasti pienin.

Hagfors (2010) käytti samaa kulutustutkimuksen aineistoa kuin Lindqvist (2009) ja keskittyi yksinhuoltaja-, vanhus- ja lapsiperheiden toimeentulon kuvaamiseen ottamalla huomioon hyvinvointipalvelujen tuottaman hyvinvoinnin lisän. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomio siihen, että julkisia palveluja käytetään eri tavalla pieni- ja suurituloisissa kotitalouksissa. Vaihtelu oli suurta myös eri kotitaloustyyppien välillä. Yksinhuoltajatalouksien käytettävissä olevat tulot muodostavat tutkimuksen mukaan 64 prosenttia näiden talouksien potentiaalisesta tulonkäy-

töstä ja julkiset palvelut 36 prosenttia. Lapsiperheillä julkisten palvelujen osuus on 27 prosenttia. Vanhustalouksissa sen sijaan alle 7 prosenttia.

Yleisesti ottaen Suomessa on tehty vähän palvelujen jakautumista koskevaa tutkimusta. Lindqvistin (2001) samoin kuin Loikkasen et al. (1998) tutkimukset osoittivat aikanaan, että palvelut tasoittavat väestöryhmien välisiä tuloeroja. Nämä tutkimukset pohjautuvat kuitenkin lähes parinkymmenen vuoden takaiseen (ja sitä vanhempaan) aineistoon. Tutkimuksissa todettiin, että palveluiden mukaan lukeminen tuloksi tasoitti taloudellisia hyvinvointieroja, mutta alueelliset erot tai tuloryhmittäiset erot eivät kuitenkaan poistuneet.

Suoniemi ym. (2003) tuovat kiinnostavasti esille palvelujen keskeisen vaikutuksen sekä kotitalouksien hyvinvointiin että talouskasvuun. Palvelujen samoin kuin tulonsiirtojärjestelmien tuloja uudelleenjakava tehtävä edistää myös taloudellista tehokkuutta, koska uudelleenjakotoimii vakuutuksena epävarmuuden vallitessa. Tutkimuksessa on esitetty, kuinka julkiset palvelut voivat lieventää vero- ja tulonsiirtojärjestelmiin liittyviä kannustinongelmia, jotka liittyvät työmarkkinoille osallistumiseen tai työtuntien lisäämiseen. Erityisesti pohjoismaista hyvinvointivaltiota tarkastelevissa tutkimuksissa on havaittu julkisten palvelujen työntarjontaa edistävä vaikutus. Ansiotuloverotuksen korkeiden marginaaliveroasteiden haitallista vaikutusta työntarjontaan lieventävät työssäoloa edellyttävät julkiset palvelut kuten lasten päivähoido ja työterveyshuolto (esim. Blomqvist ym. 2010). Työmarkkinoille osallistumista edellyttävät etuisuudet toteuttavat monesti tulonjakotavoitetta heikentämättä kuitenkaan työntarjonnan kannustimia (Andersen 2010).

Aineistojen saatavuudesta johtuen vastaavanlaisia tutkimuksia kuin tämä on tehty erityisesti muissa Pohjoismaissa. Vaikka myös Pohjoismaissa yksilön tietosuoja on tinkimätön, on tietosuoja säännöksiä noudattaen kyetty hyödyntämään korkeatasoisia palvelujen käyttöä kirjanneita rekistereitä. Norjassa tuorein hyvinvointipalvelujen tulonjakovaikutuksia selvittänyt tutkimus hyödyntää kunnallisten palvelujen tilinpitoa sekä hallinnollisia rekistereitä (Aaberge ym. 2010). Vaikka käytetty metodi ja sovellettu aineisto poikkeavat täysin (aggregoitua aineistoa) tässä tutkimuksessa käytetystä metodista, ovat tulokset kuitenkin samansuuntaisia ja myös suuruusluokaltaan yhdenmukaiset. Tulosten mukaan palvelujen huomioiminen tulon lisänä pienentää tuloeroja noin 15 prosenttia ja köyhyysastetta jopa kolmanneksella. Tosin, kun palvelutarpeissa ilmenneet erot väestössä otettiin huomioon, väheni palveluiden tuloeroja tasaava vaikutus puoleen. Palvelusubvention köyhyyttä vähentävä vaikutus pieneni samoin.

Ruotsissa hyvinvointipalvelujen tulonjakaumavaikutuksia on tarkasteltu kattavasti sekä poikkileikkausaineistoilla vuositasolla että pitkittäisaineistoilla koko elinkaarta koskevana tarkasteluna (mm. Regeringens proposition 2001 ja Pettersson & Pettersson 2003). Tulosten mukaan julkisesti subventoidut palvelut jakavat hyvinvointia eritoten elinkaarella, henkilöltä itseltä itselleen, jolloin henkilö on elämänvaiheiden aikana vuoroin saajana ja vuoroin maksajana. Näiden tulosten mukaan vain vajaat 20 prosenttia julkisen vallan suorittamasta tulojen uudelleenjaosta (mukaan lukien kaikki tulonsiirrot ja palvelut) on henkilöiden välistä tulonjakoa. Eli noin 80 prosenttia koko jakopolitiikasta onkin elinkaarella tapahtuvaa kulutuksen tasausta. Poikkileikkaustarkastelussa tämä tulee esiin lasten ja vanhusten saamina rahamäärällisesti suurempina subventioina työikäiseen väestöön verrattuna.

Ruotsalaisesta jakopolitiikasta tehdyt tutkimukset osoittavat, että hyvinvointipalveluista johdettu taloudellinen hyöty on suurempi sekä absoluuttisesti että suhteellisesti mitattuna pienituloisille kuin hyvätuloisille. Siten julkisen vallan vastuulla olevat palvelut kaventavat tuloeroja. Vuoden 1999 aineistolla laskettuna Gini-kerroin pieneni 21 prosenttia kun käytettävissä olevien ekvivalenttien tulojen päälle laskettiin hyvinvointipalvelujen tuottama tulolisä (Gini-kerroin 0,26 → 0,20, Regeringens proposition 2001). Esimerkiksi lasten päivähoitopalveluja hyödynnetään tasaisesti kaikissa tuloluokissa. Tosin eniten palvelua hyödyntävät kokopäivätyössä olevat korkeasti koulutetut vanhemmat. Nettosubventio käytettävissä oleviin tuloihin suhteutettuna on kuitenkin pienituloisille suurempi. Koulutussubventio näyttäisi sen sijaan olevan vahvimmin tuloeroja lisäävä palvelu, sillä entisaikojen tapaan koulutuksen taso näyttäisi periytyvän, mikä pienentää osaltaan tuloliikkuvuutta. Terveystuottojen palveluilla puolestaan havaittiin selkeästi tuloja tasaava vaikutus. Vaikka hyvätulaiset ja terveen käyttävätkin tiheämmin terveydenhuollon palveluja, ovat pienituloisten käyttämät palvelut intensiivisempiä ja yksikkökustannuksiltaan kalliimpia. Siten terveydenhuoltosubventiot hyödyttävät eniten taloudelliselta asemaltaan heikoimpia. Vanhustenhuollolla taas on palveluista ehkä selkeimmin tuloeroja tasaava vaikutus siinä mielessä, että kaikkein sairaimmat ja köyhimmät hyödyntävät palveluja eniten ja sen vuoksi, että vanhustenhuoltopalvelujen maksut ovat tulosidonnaisia, jolloin palveluista saatu nettohyöty on vieläkin korkeampi alimmilla tulotasoilla. Tulokset osoittavat lisäksi, että naisille kohdistuu vajaat kymmenen prosenttia enemmän palvelusubventioita kuin miehille (ikä kontrolloitu).

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin keskeisimpien hyvinvointipalvelujen tuottamaa hyvinvoinnin lisää Suomessa ja sen jakautumista henkilötasolla poikkileikkausaineistolla. Tutkimuksessa hyödynnettiin terveyden- ja vanhustenhuollon palvelujen osalta kuntatasolla kerättyä yksityiskohtaista ja laajaa rekisteriaineistoa. Koulutus- ja päivähoitopalvelujen osalta käytettiin sekä haastattelu- että rekisteritietoihin perustuvaa pienempää yksilötason aineistoa. Kun yksilötasoisista, kattavaa ja yksityiskohtaista aineistoa on saatavilla ja aineisto on riittävän iso, voidaan palvelujen kohdentumista tarkastella eri osajoukoissa tuloluokittain, ikäryhmittäin, sukupuolittain ja alueellisesti tilastollisesti luotettavasti. Myös henkilöiden käyttämien yksittäisten palvelujen arvo pystyttiin määrittämään hyvin tarkasti. Palvelusubvention arvottamisessa käytettiin jokaista palvelusuoritetta varten erikseen laskettua valtakunnallista keskimääräistä palvelun tuottamisen yksikkökustannusta.

Todelliseen käyttöön ja tarkasti eriteltyihin ja arvoitettuihin palveluihin perustuvan yksilöaineiston täysimääräinen hyödyntäminen määrittää myös soveltuvan tutkimusmenetelmän valinnan. Sovellettu menetelmä tuo erityisesti (hoidon) *tarpeeseen* perustuvien terveyden- ja vanhustenhuollon palvelujen kohdistumisen ja hyödyn selkeimmin esille. Sen sijaan kuntien järjestämä esi- ja perusopetus sekä päivähoito tuottavat pääosalle samaan ikäluokkaan kuuluvista yhtä suuren palveluhyödyn. Silti myös näiden palvelujen kohdentumisessa esiin tulevat erot ovat kiinnostavia. Peruskoulun jälkeisen, eritasoisen ja koulutusaloittaisen kohdentumisen tarkastelussa poikkileikkausaineisto antaa hyvin epätäydellisen kuvan koulutuksesta saatavan hyödyn jakautumisesta. Jokaisen rinnakkaisella koulutusasteella opiskelevan henkilön vuoden aikana saama palvelusubventio määriteltiin yhtä suureksi ja koulutuksesta saatu hyöty määräytyi siten vain koulutukseen osallistumisen perusteella. Kiinnostavaa olisi myös





Vaikka tässä tutkimuksessa olivat mukana vain osa – vaikkakin merkittävin osa – julkisen sektorin tarjoamista hyvinvointipalveluista, antaa tarkastelu enemmän tietoa julkisen sektorin toteuttamasta uudelleenjaosta eli siitä, kuinka palvelut jakautuvat kotitalouden käytettävissä olevien tulojen perusteella muodostettuihin tuloryhmiin. Tutkimus osoittaa myös sen, että tulojakaumavaikutusten tarkastelujaksoa tulisi pidentää koskemaan koko elinkaaren. Yhtä vuotta koskeva poikkileikkaus antaa viitteitä siitä, että resurssien uudelleenjakoa tapahtuu yksilöltä itselleen eri elämänvaiheiden välillä. Mutta lähes yhtä ilmeistä kuitenkin on, että uudelleenjakoa tapahtuu myös ihmisiltä toisille elinkaaren aikana. Maksukyvyn mukaan mää-  
räytyvä progressiivinen vero rahoittaa osaltaan hyvinvointipalveluja, jolloin hyvätuloisten rahoitusosuus on pienituloisia suurempi. Samoin tiedetään että, suuret tulot ovat yhteydessä hyvään terveyteen ja korkeisiin tuloihin koko elinkaarella. Ja toisaalta, että huono terveys yhtenä vuonna viittaa heikkoon terveyteen myös muina vuosina ja pienempiin tuloihin koko elinaikana. Eli hyväosaisuuden ja huono-osaisuuden kasautuminen eri väestönosiin johtaa siten resurssien uudelleenjakoon myös tuloryhmien välillä.

Hyvinvointivaltiota koskevia mielipidetutkimuksia on tehty viime aikoina eri tahoilla (Forma et al. 2007; EVA 2007). Lähes poikkeuksetta tuloksena on ollut, että pohjoismaisella hyvinvointivalttiolla on kansalaisten keskuudessa varsin vankka tuki. Kansalaiset kannattavat kattavaa ja hyvätasoista sosiaaliturvaa sekä julkisen sektorin merkittävää roolia palvelujen tuottamisessa. Suomalaiset kannattavat tuloerojen tasaamista ja sietävät veroja varsin hyvin. Merkittäviä rakenteellisia muutoksia ei nykyiseen sosiaalipolitiikkamalliin haluta. Silti on tärkeää säännöllisesti tutkia, miten palvelujen käyttö jakautuu väestössä. Toteutuuko yhtäältä kansalaisten ja toisaalta julkisen vallan uudelleenjakopyrkimykset myös palvelujen osalta. Palveluiden sisällyttäminen tulonjakotarkasteluun tekee hyvinvointipolitiikasta läpinäkyvämmän, kun nähdään miten kansalaisilta tietyllä perusteella kerätyt verot kanavoituvat palveluina väestölle takaisin. Näistä havainnoista voidaan myös tehdä uudelleenarviointia hyvinvointipolitiikan toteuttamisesta ja siitä, saavutetaanko hyvinvointipolitiikalle asetettuja tavoitteita.

## LÄHTEET

- Aaberge, Rolf & Langørgen, Audun (2006), "Measuring the Benefits from Public Services – The Effects of Local Government Spending on the Distribution of Income in Norway". *Review of Income and Wealth* 52:1 (March).
- Aaberge, Rolf; Bhuller, Manudeep; Langørgen, Audun; and Mogstad, Magne (2010), "The Distributional Impact of Public Services When Needs Differ", IZA Discussion Papers No. 4826.
- Aro, H. ym. (2004), sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen terveyden edistämisen painopisteeksi. *Kansanterveys*, 2004:1, 2-3.
- EVA (2007), Satavuotias kuntotestissä. Evan kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2007. Haavisto, I., Kiljunen, P. ja Nyberg, M. Elinkeinoelämän valtuuskunta, Helsinki.
- Forma Pauli, Kallio J, Pirttilä J, Uusitalo R. (2007), Kuinka hyvinvointivaltio pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvian tutkimuksia 89, 2007.
- Garfinkel, I., Rainwater, L. and Smeeding, T. (2006), "A Re-examination of Welfare States and Inequality in Rich Nations: How In-kind Transfers and Indirect Taxes Change the Story", *Journal of Policy Analysis and Management*, 25, 897–919.
- Haataja, Anita. (2008), Päivähoitomaksu-uudistus 1.1.2008 ja päivähoitovaihtoehtojen vaikutus tuloihin. JUTTA-muistio.
- Haataja, Anita ja Pylkkänen Elina (2008), Verotus ja sukupuolten välinen tasa-arvo. Teoksessa Antti Alaja (toim.) Oikeudenmukainen verotus – mistä rahat yhteiseen hyvinvointiin? Kalevi Sorsa Säätiön julkaisuja 2 / 2009.
- Hagfors, Robert, 2008. Julkiset hyvinvointipalvelut laajentavat toimeentulon käsitettä. *Sosiaalivakuutus*, 46(5), pp. 30–31.
- Heikkilä, Matti (2005), Julkinen vastuu eräissä sosiaalipalveluissa. Teoksessa Heikkilä, M. & Kautto, M. & Teperi, J. (toim.), Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. VNK julkaisusarja 5/2005.
- Hujanen, T., Kapiainen, S., Tuominen, U. & Pekurinen, M. (2008), Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Stakes, Työpapereita* 3/2008.
- Hujanen, Timo; Kapiainen, Satu; Tuominen Ulla ja Pekurinen Markku (2008), Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Työpapereita* 3/2008. Helsinki, Stakes.
- Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (2006) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja*, B 10/2006.
- Hämäläinen, Ulla ja Kangas, Olli (2010), Perhepiirissä. Kelan tutkimusosasto.
- Karvonen, Sakari & Timo Kauppinen (2008). Hyvinvoinnin alueellinen jakautuminen. *Työpapereita* 2008. Helsinki: Stakes.
- Keskimäki, Ilmo & Pirkko Alha (2006). Sairaalahoidot ja leikkaukset. Teoksessa Unto Häkkinen & Pirkko Alha (toim.): Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja* B 10 / 2006. Helsinki: KTL. 44-50
- Kärkkäinen, T. (2004), Koulutuksen ja lapsi-vanhempisuhteen yhteys elämässä selviytymiseen. Sosiaalinen perimä ja koulutuskulttuurisen pääoman periytyminen sukupolvesta toiseen. Väitöskirjatutkimus 35/04, Helsingin yliopisto.
- Lahtinen, Y. (2003): Hoidon tarve ja tuottavuus vanhustenhuollossa vuosina 1998–2001, Julkaistu: Hjerppe, R. & Kangasharju, A. & Vuorento, R. (toim.): Kunnalliset palvelut, Terveyden- ja vanhustenhuollon tuottavuus, VATT-julkaisuja 37, Helsinki.
- Lindqvist, Markku (2001), Hyvinvointipalvelut ja niiden merkitys kotitalouksille. Hyvinvointikatsaus 1/2001, Tilastokeskus.
- Lindqvist, Markku (2009), Julkiset hyvinvointipalvelut osana kotitalouksien materiaalista hyvinvointia, Teoksessa Ahlqvist, Kirsti ja Ylitalo Marko (toim.) Kotitalouksien kulutus 1985–2006. Tilastokeskus.

- Loikkanen, H., Rantala, A. & Sullström, R. (1998), Regional Income Differences in Finland 1966–1996, VATT-keskustelualoitteita 181.
- Miettunen, Laura (2008), Lasten kotihoidon tuen kuntalisät osana suomalaista päivähoitojärjestelmää. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 101. Kelan tutkimusosasto.
- OECD (2008), Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. Chapter 9: Publicly-provided Services: How Do they Change the Distribution of Households' Economic Resources.
- OECD (2007a), Pisa 2006: Science, Competencies for tomorrow's World, OECD, Paris.
- OECD (2007b), Education at a Glance, OECD, Paris.
- Pylkkänen, Elina & Sallila, Seppo (2008), "Hyvinvointipalvelujen vaikutus tulonjakoon", Talous & Yhteiskunta 3/2008. s. 44 – 52.
- Pylkkänen, Elina & Sallila, Seppo (2009), "Palvelujen tuottama hyöty pienituloisille vanhuksille", teoksessa Keskinen, Vesa; Laine, Markus; Tuominen, Martti ja Hakkarainen, Tyyne (toim.): Kaupunkiköyhyyden monet kasvot, näkökulmia helsinkiläiseen huono-osaisuuteen. Helsingin kaupungin tietokeskus 2009. s. 164 – 175.
- Pettersson, Thomas & Pettersson, Tomas (2003), Fördelning ur ett livscyelperspektiv. Bilaga 9 till LU. SOU 2003:110. Stockholm.
- Regeringens proposition (2001), 2002 års Vårpropositionen, Bilaga 3 [2001/02:100], Fördelningspolitisk redogörelse.
- Regeringens proposition (1999), Budgetpropositionen för 2000, Bilaga 4 [1999/00:1], Fördelningspolitisk redogörelse.
- Riihelä, M. & Sullström, R., 2006. Väestön ikääntyminen, kulutus, säästäminen, tuloerot ja eriarvoisuus. VATT-keskustelualoitteita 382. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Smeeding, T. ym. (1993), Poverty, Inequality, and Family Living Standards, Impacts across Seven Nations: The Effect of Noncash Subsidies for Health, Education, and Housing. The Review of Income and Wealth, 39:3.
- Smeeding T., J. Saunders, J. Coder, S. Jenkins, J. Fitzell, A. Hagenaars, R. Hauser & M. Wolfson (1993). Poverty, Inequality, and Family Living Standards, Impacts across Seven Nations. The Effect of Noncash Subsidies for Health, Education, and Housing. The Review of Income and Wealth 39:3 (September). 229–256
- Socialstyrelsen (2008). Årliga rapporten om läget i hälso- och sjukvården till regeringen, 6.3.2008, Stockholm.
- Suoniemi, I., Tanninen, H. ja Tuomala, M., 2003. Hyvinvointipalveluiden rahoitusperiaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Takala, P. (2000), Lastenhoito ja sen julkinen tuki. Stakes, Tutkimuksia 110.
- Teperi, J. (2004), Kuka saa terveystalveta? Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.), Sosiaali- ja terveysalan palvelukatsaus 2005, 106–120. Helsinki: Stakes.
- Tilastokeskus (2008), Oppilaitosten käyttömenot opiskelijaa kohden koulutussektorin mukaan 1995–2006.
- Törmälehto, V-M. (2008), Suomalaisten tulot Euroopan keskitasoa. Hyvinvointipalvelut eivät paranna sijoitusta, Hyvinvointikatsaus 2:2008, Tilastokeskus.
- Valtioneuvosto (2001), Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- Voutilainen P. (2007), Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes, Helsinki: Yliopistopaino.

# LIITE 1 Terveysthuoltopalvelujen ja vanhustenhuoltopalvelujen yksilöaineiston kuvaus

**Taulukko 1** 0–64-vuotiaiden aineisto.

	Mean	Std	N		
	Min	Mean	Max	Std	N
Ikä vuoden 2006 lopussa	1	34	65	18	257235
Bruttotulot/kulutusyksikkö €/vuosi	0	27943	6790599	43696	257235
Verot/kulutusyksikkö €/vuosi	0	3731	1337133	10257	257235
Kotitalouden ekvivalentit	1	24212	5515199	37220	257235
Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset	0	206	107635	678	257235
Perusterveydenhuollon (sairaalahoidon) kustannukset	0	20	86669	611	257235
Erikoissairaanhoidon kustannukset	0	609	339926	3512	257235
Hammashuollon kustannukset	0	41	1782	92	257235
Yksityiset terveydenhuollon kustannukset	0	352	258482	1329	257235
sum(kust_esh,kust_ptk,kust_pta,kust_ham)	0	877	340364	3769	257235
Vanhusten hoidon kustannukset	0	13	94752	610	257235
sum(ktuky,kust_th)	1	25089	5515403	37347	257235
sum(ktuky,kust_vh)	1	24224	5515199	37224	257235
sum(kust_th,kust_vh)	0	890	340364	3845	257235
sum(yks_laak,kust_th)	0	1229	343277	4178	257235
sum(ktuky,kust_th,kust_vh)	1	25101,4	5515403	37354,1	257235

Lähde: Stakes, Kela, Tilastokeskus.

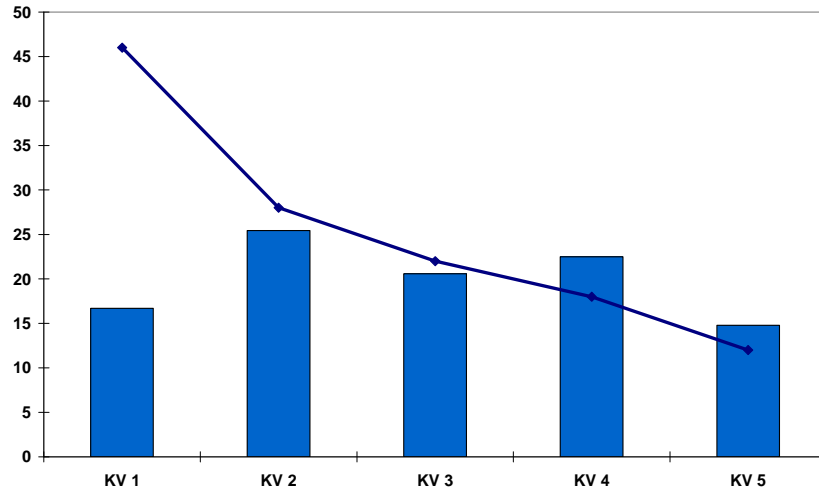
**Taulukko 2** Yli 64-vuotiaiden aineisto.

	Mean	Std	N		
	Min	Mean	Max	Std	N
Ikä vuoden 2006 lopussa	66	75	105	7	76647
Bruttotulot/kulutusyksikkö €/vuosi	0	23889	16535784	67039	76682
Verot/kulutusyksikkö €/vuosi	0	3879	3300067	13878	76682
Kotitalouden ekvivalentit	1	20010	13235717	53745	76682
Perusterveydenhuollon avohoidon kustannukset	0	1080	147931	5022	76682
Perusterveydenhuollon (sairaalahoidon) kustannukset	0	458	135456	2924	76682
Erikoissairaanhoidon kustannukset	0	1888	246776	5823	76682
Hammashuollon kustannukset	0	23	1298	73	76682
Yksityiset terveydenhuollon kustannukset	0	973	132819	1456	76682
sum(kust_esh,kust_ptk,kust_pta,kust_ham)	0	3449	246776	9087	76682
Vanhusten hoidon kustannukset	0	2559	163435	9258	76682
sum(ktuky,kust_th)	1	23459	13236115	54408	76682
sum(ktuky,kust_vh)	1	22569	13235717	54311	76682
sum(kust_th,kust_vh)	0	6007	246776	13210	76682
sum(yks_laak,kust_th)	0	4421	246776	9448	76682
sum(ktuky,kust_th,kust_vh)	1	26017,23	13236114,9	55024	76682

Lähde: Stakes, Kela, Tilastokeskus.

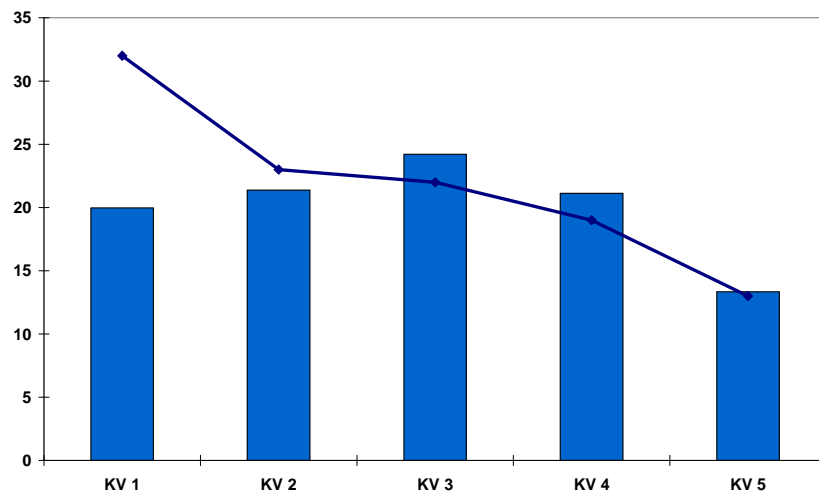
## LIITE 2

**Kuvio 1** Esikouluopetuksen palvelusubvention kohdistuminen 6-vuotiaiden ikäryhmässä eri tuloluokkiin kuuluville (pylväät) ja keskimääräisen kvintiliin osoitetun palvelusubvention osuus käytettävissä olevista tuloista.



Lähde: Omat laskelmat.

**Kuvio 2** Lasten kunnallisten päivähoitopalvelujen palvelusubvention jakauma 0–5-vuotiaille tulotason mukaan. Eri tuloviidenneksille kohdistuva osuus (%) koko palvelumenosta (pylväät) ja subvention osuus käytettävissä olevista tuloista tuloviidenneksissä (viiva).







VALTIONEUVOSTON KANSLIA

SNELLMANINKATU 1, HELSINKI  
PL 23, 00023 VALTIONEUVOSTO  
p. 09 16001, 09 57811  
f. 09 1602 2165  
[julkaisut@vnk.fi](mailto:julkaisut@vnk.fi)  
[www.vnk.fi/julkaisut](http://www.vnk.fi/julkaisut)